

Iida Asikainen, Veera Juurikka, Jarno Juutinen

# Sairaanhoitajaopiskelijoiden perehdyttäminen perioperatiivisen hoitotyön harjoitteluun

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

11.3.2016

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Iida Asikainen, Veera Juurikka, Jarno Juutinen Sairaanhoitajaopiskelijoiden perehdyttäminen perioperatiivisen hoitotyön ohjattuun harjoitteluun 37 sivua Maaliskuu 2016
Tutkinto	Sairaanhoitaja AMK
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyö
Ohjaaja(t)	Lehtori, TtT, sh, Liisa Montin
<p>Tämä opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä HUS:n kanssa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli koota aikaisemmin tuotetuista perehdytykseen liittyvistä tiedoista yhtenäinen sähköinen perehdytysopas perioperatiivisen hoitotyön ohjattuun harjoitteluun. Tavoitteena oli kehittää sairaanhoitaja opiskelijoiden perehdytystä perioperatiivisen hoitotyön ohjatussa harjoittelussa. Perehdytysopas suunnattiin HYKS:n keskussairaalan leikkaussalien, teho- ja kivunhoidon tulosyksikön leikkaussaleihin.</p> <p>Opinnäytetyön sisällön pohjana toimi kolme aikaisempaa opinnäytetyötä. Nämä opinnäytetyöt käsittelivät opiskelijoiden kokemuksia perehdytyksen sisällöstä, opiskelijavastaava sairaanhoitajien näkemyksiä perehdytyksen sisällöstä sekä perehdytysmateriaalien sisältöjen analysointia. Perehdytysmateriaalin rakennetta ja loogisuutta suunniteltaessa myös oletettiin, että perioperatiivisen hoitotyön harjoitteluun menevällä opiskelijalla on taustalla teoriaopintoja sekä käytännön kokemusta.</p> <p>Aiemman materiaalin pohjalta katsottiin tarpeelliseksi, että perehdytysoppaan tulee sisältää informaatiota laeista ja velvollisuuksista, sairaanhoitajan eettisestä toiminnasta, ihmisen anatomiasta ja fysiologiasta, läkehoidosta, työyhteisön säännöistä, leikkaussalista työympäristönä, aseptiikasta, työturvallisuudesta sekä sairaanhoitajan työnkuvasta perioperatiivisessa yksikössä.</p> <p>Perehdytysoppaan sähköisen muodon vuoksi se on helppo lähettää opiskelijalle jo ennen harjoittelun alkua. Näin opiskelijalla on mahdollisuus perehtyä tulevaan ohjattuun harjoitteluun jo hyvissä ajoin. Perehdytysopas on myös helposti muokattavissa työyhteisön tarpeita mukaillen. Näin se palvelee mahdollisimman monipuolisesti niin opiskelijoiden, kuin työyhteisönkin tarpeita.</p> <p>Opinnäytetyön tuloksia voitaisiin hyödyntää myös suunnittelemalla sairaanhoitajille omat perehdytysohjeet, mitkä olisivat yhtenäiset opiskelijoiden perehdytysmateriaalin kanssa. Tällöin perehdytys olisi yhtenäistä kaikkien osapuolten kesken.</p>	
Avainsanat	perehdyttäminen, ohjattu harjoittelu, perioperatiivinen hoitotyö, sairaanhoitajaopiskelija

Author(s) Title Number of Pages Date	Ilida Asikainen, Veera Juurikka, Jarno Juutinen Nursing Students' Orientation to Clinical Practice of Perioperative Nursing 37 pages March 2016
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructor(s)	Liisa Montin, Senior lecturer, PhD, RN
<p>This final project was actualized in collaboration with HUS. The purpose of this final project was to gather information from previously gathered data related to orientation of nursing students and a mutual electronic orientation guide to a clinical practice in perioperative nursing. The aim was to improve students' orientation at clinical practice in perioperative nursing. The orientation guide was directed to HUCH central hospitals' operation rooms, intensive care and pain management units' operation rooms.</p> <p>The content of this final project is based on three previous final projects. These final projects discussed students' experiences concerning the content of orientation, tutor nurses' opinions about the content of orientation and provided an analysis of the contents of orientation guides. When designing the material it was assumed that a student going to a perioperative clinical practice has completed the related theory studies and already has clinical experience.</p> <p>Based on the previous material it was considered necessary for the orientation guide to include information about the laws and responsibilities, ethical actions of nurses, human anatomy and physiology, medication, rules of the work community, operation room as a work environment, protection against infections, work safety as well as the job description of a nurse.</p> <p>The orientation guide is available in electronic form and is easy to send to a student before his/hers clinical practice, enabling students to orientate to the upcoming clinical practice. The orientation guide is also easy to modify according to the needs of the work community. Therefore it serves the best possible ways the needs of the students as well as the needs of the work community</p> <p>The results of this final study could be utilized also in creating an orientation guide for tutor nurses that would be compatible with the orientation guide for the students'.</p>	
Keywords	orientation, clinical practice, perioperative nursing, nursing student

## Sisällys

1	Johdanto	1
2	Sairaanhoitajaopiskelijoiden perehdyttäminen perioperatiivisen hoitotyön ohjatussa harjoittelussa	2
2.1	Perehdyttäminen	2
2.2	Ohjattu harjoittelu	3
2.3	Perioperatiivinen hoitotyö	4
3	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite sekä tutkimuskysymykset	7
4	Aikaisemmat opinnäytetyöt sairaanhoitajaopiskelijoiden perehdytyksestä perioperatiivisen hoitotyön harjoittelussa	7
4.1	Sairaanhoitajaopiskelijoiden kokemukset perehdytyksen sisällöstä	8
4.2	Opiskelijavastaavasairaanhoitajien kokemukset perehdytyksen sisällöstä	9
4.3	Aikaisempien perehdytysmateriaalien sisältöjen analysointi	11
4.3.1	Etiikka ja tietoperusta perioperatiivisessa hoitotyössä	11
4.3.2	Työyhteisö	12
4.3.3	Työympäristö	13
4.3.4	Työtehtävät	14
5	Opinnäytetyön toteutus	15
5.1	Opinnäytetyön aineiston keruu	15
5.2	Aineiston käsittely	15
6	Perehdytysmateriaalin sisältö	15
6.1	Etiikka ja tietoperusta perioperatiivisessa hoitotyössä	16
6.1.1	Lait ja velvollisuudet	16
6.1.2	Sairaanhoitajan eettinen toiminta	18
6.1.3	Tietoperusta	19
6.1.4	Lääkehoito perioperatiivisessa hoitotyössä	20
6.2	Työyhteisö	22
6.3	Työympäristö perioperatiivisessa hoitotyössä	23
6.3.1	Fyysinen ympäristö	23
6.3.2	Aseptiikka	25
6.3.3	Turvallisuus	27
6.4	Sairaanhoitajan työnkuva	29
7	Eettisyys ja luotettavuus	31



## 1 Johdanto

Opinnäytetyö on tehty opinnäyteyhteistyössä Metropolia Ammattikorkeakoulun ja HUS:in eli Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kanssa. Opinnäytetyö on toteutettu kehittämishankkeena, josta tämä opinnäytetyö on viimeisin vaihe. Opinnäytetyön tarkoituksena on koota aikaisemmin tuotetuista perehdytykseen liittyvistä tiedoista yhtenäinen sähköinen perehdytysopas perioperatiivisen hoitotyön harjoitteluun. Perehdytysoppaan tavoitteena on kehittää sairaanhoitajaopiskelijoiden perehdytystä perioperatiivisen hoitotyön ohjatussa harjoittelussa. Perehdytysopas on suunnattu HYKS:in eli Helsingin seudun yliopistollisen keskussairaalan leikkaussalien, teho- ja kivunhoidon tulosyksikön leikkaussaleihin.

Perehdytysopas on sähköisessä muodossa, mikä voi olla harjoittelupaikan kannalta hyvä tapa perehdyttää ohjattuun harjoitteluun tulevaa sairaanhoitajaopiskelijaa. Tällöin sairaanhoitajaopiskelijalla on mahdollisuus lukea sähköinen perehdytysopas etukäteen jo ennen ohjatun harjoittelujakson alkua ja käyttää siihen oman oppimisen kannalta vaadittava aika. Näin sairaanhoitajaopiskelijalla on myös mahdollisuus perehtyä perehdytysoppaan sisältöön ajasta ja paikasta riippumatta, mikä voi mahdollistaa sairaanhoitajaopiskelijan valmistautumisen ja asennoitumisen tulevaan harjoittelujaksoon jo hyvissä ajoin. Perehdytysopas vastaa tietoperustaltaan harjoittelupaikasta, sen toiminta-ajatuksesta ja tavoista, henkilökunnasta, potilaista sekä opiskelijan omaan toimintaan liittyvistä tehtävistä ja odotuksista (Kupias – Peltola 2009: 18). Työelämään suunnatun sähköisen perehdytysoppaan tulee sopia juuri kyseiseen yksikköön ja palvella niin yksikön, kuin ohjattuun harjoitteluun saapuvien opiskelijoidenkin tarpeita.

Perehdytyksen tarkoituksena on kehittää opiskelijan tai uuden työntekijän osaamista sekä työyhteisöä niin, että mahdollistetaan uuden työntekijän sopeutuminen uuteen työyhteisöön mahdollisimman hyvin (Kupias – Peltola 2009: 18). Erityisesti opiskelijoiden perehdyttämiseen on varattava aikaa ja oppimista tulisi tukea rakentamalla perehdytysprosessi opiskelijoiden yksilöllisten tarpeiden mukaisesti (Grönfors 2010: 19). Hyvä ja onnistunut perehdytys edellyttää, että perehdytettävän koulutus, työkokemus ja tarpeet huomioidaan yksilöllisesti (Kupias – Peltola 2009: 18–19).

Ohjattu harjoittelu on tärkeä osa opiskelijan ammatti-identiteetin kasvua sekä teorian tiedon soveltamista käytäntöön. Ohjatussa harjoittelussa opiskelija oppii uutta tietoa ja pääsee harjaannuttamaan käytännön osaamistaan. (Vesterinen 2002: 11.) Hyvä ohjaus on myös yksi tärkeimmistä asioista harjoittelun onnistumisen kannalta. Ohjauksen onnistuminen ei kuitenkaan ole pelkästään ohjaajan vastuulla, vaan opiskelijalla on myös oma roolinsa oppijana. Hoitotyö on haasteellista ja se vaatii moniammatillista osaamista, joten on tärkeää kiinnittää huomiota perehdytyksen laatuun. (Heinonen 2004: 37–38.)

Perioperatiivinen hoitotyö eli leikkaushoitotyö käsittää pre-, intra -ja postoperatiivisen hoitotyön. Kaikissa näissä vaiheissa korostuu potilaan hyvä ohjaus, aseptiikka, potilasturvallisuus sekä teknologiaosaaminen. Myös potilaan kokonaisvaltainen tarkkailu on tärkeä osa potilasturvallisuutta. Perioperatiivisen hoitotyön harjoittelussa sairaanhoitajaopiskelijat perehtyvät muun muassa perioperatiivisen hoitotyön kolmeen eri osa-alueeseen; pre-, intra- ja postoperatiiviseen vaiheeseen. (Lukkari – Kinnunen – Korte 2013: 20.)

## **2 Sairaanhoitajaopiskelijoiden perehdyttäminen perioperatiivisen hoitotyön ohjatussa harjoittelussa**

### **2.1 Perehdyttäminen**

Perehdyttämisellä tarkoitetaan kaikkia niitä toimia ja tukia, joiden avulla perehdytettävän osaamista sekä työyhteisöä kehitetään niin, että hän pääsee mahdollisimman hyvin alkuun uudessa työympäristössään. Perehdyttämiseen sisältyy kaikki ne toimenpiteet, joiden avulla opitaan tuntemaan työpaikka, sen toiminta-ajatus ja tavat, työtoverit, asiakkaat/potilaat sekä omaan toimintaan liittyvät tehtävät ja odotukset. Hyvä ja onnistunut perehdytys edellyttää, että perehdytettävän koulutus, työkokemus ja tarpeet huomioidaan yksilöllisesti. (Kupias – Peltola 2009: 18–19.) Hyvässä perehdytyksessä perehdytettävän aikaisempi osaaminen hyödynnetään kokonaisvaltaisesti työyhteisön kesken niin, että kaikkien tiedollinen ja taidollinen osaaminen kehittyä koko työyhteisössä (Perehdytä hyvin. 2011).

Työturvallisuuslain mukaan perehdytysmateriaalin tulee sisältää riittävästi tietoa työpaikan vaara- ja haittatilanteista. Perehdytykseen tulisi sisällyttää tietoa

vaaratilanteiden ennaltaehkäisystä sekä vaaratilanteiden tunnistamisesta. Turvallisten työtapojen, kuten ergonomisesti oikeiden työasentojen korostaminen on ensisijaisen tärkeää, jotta välttyttäisiin esimerkiksi rasitusvammoilta. Perehdytyksen tulee sisältää riittävästi tietoa myös työvälineiden, kuten hoitolaitteiston turvallisesta käytöstä. Perehdytysmateriaalin tulee olla jatkuvasti ajan tasalla ja päivitettävissä. (Perehdyttäminen ja työhönopastus.)

Hyvän perehdytyksen yhtenä lähtökohtana on perehdytettävän tietotaitotason tunnistaminen. Erityisesti opiskelijoiden perehdyttämiseen on varattava aikaa, ja oppimista tulisi tukea rakentamalla perehdytysprosessi opiskelijan tarpeiden mukaisesti. (Grönfors 2010: 19.) Sosiaali -ja terveysministeriön vuonna 2004 antaman suosituksen mukaan harjoittelun perehdytyksen tavoitteena on valmentaa opiskelija ammattiopintojen kannalta olennaisiin työtehtäviin sekä soveltaa teoriaopintoja käytännön työtehtäviin (Heinonen 2004: 13).

Perehdytyksen tavoitteisiin pääsyn esteeksi on koettu puutteelliset työvuorosuunnitelmat perehdyttäjän ja perehdytettävän välillä (Lahti 2007: 37). Harjoittelujaksolla opiskelijalle nimetään lähiohjaaja, jonka tulisi ohjata opiskelijaa päivittäin sekä edistää opiskelijan käytännön hoitotyön oppimista. Tämä edellyttää myös opiskelijalta lähiohjaajan työvuorojen noudattamista. (Heinonen 2004: 36, 56.)

Opiskelijaperehdytyksessä on tärkeää käydä opiskelijan tunteita ja ajatuksia läpi. Opiskelijan opintosuoritukset paranevat, mikäli opiskelija omaa tunnepohjaista älykkyyttä, eli hän on kykeneväinen tarkkailemaan omia ja muiden tunteita sekä pystyy hyödyntämään niistä saatavaa tietoa omassa toiminnassaan. Perehdytyksessä ei tulisi jäädä vain kliinisten kädentaitojen ja tietopohjan tasolle, sillä sairaanhoitajan työssä korostuu potilaan kokonaisvaltainen huomioiminen ja tukeminen. Omien ajastusten ja tunteiden tunnistaminen sekä ymmärtäminen ovat erityisen tärkeitä hoitotyössä. (Fernandez – Salamonson – Griffiths 2012: 3486.)

## 2.2 Ohjattu harjoittelu

Ohjatussa harjoittelussa opiskelijan kehittyminen asiantuntijaksi syntyy vuorottelemalla käytännön kokemuksen, teoreettisen tiedon soveltamisen sekä uuden tiedon konstruoinnin eli jäsentelyn välillä. Teoriaopintojen rinnalla ohjatut harjoittelut varmistavat sen, että opiskelijan ammatillinen kasvu asiantuntijuuteen syntyy jo



opiskeluiden aikana. Ohjatut harjoittelut takaavat myös käytännön tiedon ja käytännön osaamisen kehittymisen, mitkä eivät synny formaalisessa eli teoreettisessa opetuksessa. (Vesterinen 2002: 11.) Harjoitteluympäristön vastuulla on tarjota riittävästi oppimistilanteita ja varmistaa, että opiskelija saa riittävää ohjausta lähiohjaajaltaan ja muulta henkilökunnalta (Heinonen 2004: 37). Opiskelijaohjaus on kokonaisuudessaan koko työyhteisön vastuulla, vaikka nimetyt ohjaajat vastaavatkin siitä pääsääntöisesti (Perehdytä hyvin. 2011).

Ohjatun harjoittelun ja riittävän ohjauksen tulee vastata opiskelijan tarpeita sekä harjoittelulle asetettuja tavoitteita. Ohjauksen sisällön ja arviointikriteerien tulee olla samanlaiset kaikille opiskelijoille. Ohjauksessa tulee kuitenkin ottaa huomioon erilaisia asioita kuten opintojen vaihe, kyseisen opintojakson tavoitteet, opiskelijan henkilökohtaiset tavoitteet sekä opiskelijan kehittämishaasteet. Opetukseen käytetään usein Problem Based Learning- menetelmää, joka perustuu ongelmanratkaisuun. Harjoittelupaikan sekä ohjaajan tulee tarjota riittävän haastavia oppimistilanteita, vaikka lopulta opiskelijalla itsellään on kuitenkin vastuu omasta oppimisestaan sekä tavoitteidensa saavuttamisesta. Parhaimmillaan ohjattu harjoittelu on yhteistyötä opiskelijan ja nimetyn ohjaajan välillä. (Heinonen 2004: 18, 25.)

Hoitotyössä henkilöstön rakenteeseen kuuluvat myös muut ammattikorkeakoulutason terveysalan opiskelijat, jotka ovat leikkausosastolla harjoitteluissa. Näistä opiskelijoista sairaanhoitajaopiskelijat kuitenkin muodostavat suurimman ryhmän. Opiskelijan ohjatun harjoittelun pituus vaihtelee korkeakoulujen opinto-ohjelmien välillä. Ohjatun harjoittelujakson pituus määräytyy myös sen mukaan, onko opiskelija perusopintojen vai erikoistumisopintojen harjoittelujaksolla. Muita opiskelijaryhmiä leikkausosastoilla ovat lääketieteen opiskelijat sekä toisen asteen ammattitutkintoa suorittavat opiskelijat. (Lukkari ym. 2013: 47.)

### 2.3 Perioperatiivinen hoitotyö

Sairaanhoitajan tulee huolehtia potilaan turvallisuudesta ja hyvinvoinnista koko perioperatiivisen hoitoprosessin ajan. Hänen tulee edistää ihmisen terveyttä, toimintakykyä ja hyvää oloa. Perioperatiivisessa hoitotyössä kohdataan eri-ikäisiä ja eri elämäntilanteissa olevia potilaita. Perioperatiivinen hoitotyö käsittää leikkaus- ja anestesiaosastolla tehtävää leikkaus- tai toimenpidepotilaan hoitotyötä. (Lukkari ym. 2013: 11.)

Perioperatiivinen hoitotyö alkaa preoperatiivisella vaiheella, mikä alkaa siitä hetkestä, kun potilaan kanssa tehdään leikkauspäätös, ja päättyy siihen kun vastuu potilaan hoidosta siirtyy leikkausosaston henkilökunnalta heräämön hoitohenkilökunnalle. Potilas valmistautuu leikkaukseen kotona, osastolla tai poliklinikalla. Potilaan yleistilan tulisi olla mahdollisimman hyvä ennen leikkausta. Potilaasta otetaan myös ennen leikkausta tarvittaessa peruslaboratoriokokeita, sydänfilmi sekä keuhkokuva. Huolellisten esivalmisteluiden tarkoituksena on ehkäistä leikkauksen jälkeisiä komplikaatioita. Tarvittaessa potilas kutsutaan sairaalaan preoperatiiviselle käynnille, mutta tämä ei ole aina mahdollista. (Ahonen – Blek-Vehkaluoto – Ekola – Partamies – Sulosaari – Uski-Tallqvist 2012: 99.)

Intraoperatiivinen vaihe alkaa siitä, kun potilas vastaanotetaan leikkaussalissa. Intraoperatiiviseen vaiheeseen sisältyy potilaan tarvitsema kirurginen hoito tarpeen mukaisessa anestesiassa. Siinä tyydytetään potilaan perus- ja erityistarpeet, sekä tuetaan potilaan turvallisuutta hoidon aikana henkistä hyvinvointia unohtamatta. Turvallisuuden toteutumista edellyttävät turvallinen siirto leikkauspöydälle, oikea leikkausasento, tajunnantason ja voinnin jatkuva seuranta, hoitovälineiden ja hoitolaitteiston riittävä hallinta, sekä aseptinen toiminta leikkauksen aikana. Kirjaaminen ja huolellinen raportointi on tärkeä osa intraoperatiivista vaihetta, jossa moniammatillinen yhteistyö korostuu erityisesti. Se edellyttää, että leikkaussalissa kaikki avustavat toisiaan tarvittaessa. Intraoperatiivisen vaiheen katsotaan päättyneeksi silloin, kun potilas siirretään heräämöhön. (Lukkari ym. 2013: 20–21.)

Postoperatiivinen vaihe alkaa siitä, kun potilas vastaanotetaan heräämössä tai mahdollisessa jatkohoitopaikassa. Tähän vaiheeseen kuuluvat potilaan tilan arviointi, seuranta ja tarkkailu valvontayksikössä sekä potilaan kunnon ja toipumisen seuranta anestesiasta ja leikkauksesta. Lisäksi seurataan leikkauksaluetta, sen erityistä, mahdollisen drenierityksen määrää, sekä virtsaamista. Myös hyvä kivunhoito ja pahoinvoinnin ehkäisy ovat tärkeä osa potilaan postoperatiivista hoitoa. (Ahonen ym. 2012: 104.)

Suurin osa ei-kiireellisistä leikkauksista voidaan suorittaa myös päiväkirurgisesti. Tällöin potilas saapuu sairaalaan toimenpidepäivänä ja kotiutuu samana päivänä, useimmiten jo muutaman tunnin kuluttua toimenpiteestä. Päiväkirurgian yksikköön voidaan ottaa myös huonokuntoisia potilaita tai suorittaa vaatiakin toimenpiteitä,

mikäli päiväkirurginen yksikkö toimii sairaalan yhteydessä. Päiväkirurgisen toiminnan edellytyksenä ovat oikea potilas- ja toimenpidevalinta sekä selkeä ja yksityiskohtainen potilasohjaus ennen leikkausta ja leikkauksen jälkeen. Päiväkirurgiaan soveltuvat parhaiten potilaat, joiden perussairaudet ovat hyvässä hoitotasapainossa ja potilaiden yleistila on hyvä. Potilaan yleissairaudet tai korkea ikä eivät yksittäisinä tekijöinä ole päiväkirurgian este. Vasta-aiheita päiväkirurgiaan ovat esimerkiksi leikkauksen jälkeinen nestehoidon tai verensiirron tarve, jos kivunhoito ei ole toteuttavissa kotiloissa, alkoholin- ja lääkeaineiden väärinkäyttö tai potilaalla ei ole saattajaa kotimatkaa varten. (Alahuhta – Lindgren – Olkkola – Ruokonen – Rosenberg 2014: 412–413.)

Päiväkirurgiset potilaat kotiutuvat tyypillisesti kaksiportaisen valvonnan kautta. Sairaanhoitaja kotiuttaa päiväkirurgisen potilaan seuraavien kotiuttamiskriteerien mukaisesti: potilas on orientoitunut aikaan ja paikkaan, hän pystyy ottamaan nesteitä suun kautta, spontaani virtsaus sekä kävely ilman tukea onnistuvat, kipu ja pahoinvointi ovat hallinnassa sekä potilaalla on saattaja yön yli. Kotiutettaessa potilaalle annetaan myös suulliset ja kirjalliset kotihoito-ohjeet, joissa on yhteystiedot mahdollisia ongelmatilanteita varten. (Alahuhta ym. 2014: 420.)

Perioperatiivisessa hoitotyössä leikkaukseen tuleva lapsipotilas tulee huomioida kehitystasonsa mukaisesti. Lapsi tarvitsee ikätasonsa mukaista henkistä valmennusta ennen leikkausta, sillä sairaalaan ja leikkaukseen joutuminen voi aiheuttaa lapselle pelkotiloja, unettomuutta ja rauhattomuutta. Lapselle on kerrottava leikkauksesta rehellisesti, mutta pienen lapsen kohdalla kannattaa välttää sanoja ”leikkaus” tai ”poisto” ja puhua mieluummin hoitamisesta. Kouluikäiselle lapselle voi kertoa tulevasta leikkauksesta heti, kun leikkauspäätös on tehty. Alle kouluikäisen kanssa asiasta kannattaa kuitenkin keskustella vasta muutamaa vuorokautta ennen leikkausta. Preoperatiivinen käynti sairaalassa voi vähentää lapsen kokemaa leikkaukspelkoa. Tällöin lapsi pääsee tapaamaan anestesiaäläkärin ja anestesiahoitajan, mikä voi lisätä lapsen luottamusta tulevan toimenpiteen kannalta. (Alahuhta ym. 2014: 752.)

Ennen leikkausta lapselle voi antaa tarvittaessa esilääkkeen, minkä tarkoituksena on rauhoittaa lasta sekä helpottaa anestesian aikaista induktiota. Esilääkitystä annettaessa pistoksia kannattaa kuitenkin välttää. Vanhempien läsnäolo induktion aikana on tehokkain keino vähentää lapsen kokemaa pelkoa. Anestesia-aiheutena käytetään yleisesti inhalaatioanestesiaa, laskimoanestesiaa tai näiden yhdistelmää.

Lapsella voidaan myös käyttää samoja puudutusmenetelmiä kuin aikuisilla. (Alahuhta ym. 2014: 755.) Lapsipotilaan kohdalla on tärkeää huomioida lapsen lämpötilous, sillä he ovat alttiimpia hypotermialle, kuin aikuiset. Anestesia-aineet heikentävät lämpötilan kontrollointia sitä voimakkaammin, mitä nuorempi potilas on kyseessä. Hypotermian riski tulee huomioida anestesian aikana esimerkiksi ilmapeitolla, lämpöpatjalla ja lämmitetyillä infuusionesteillä. (Alahuhta ym. 2014: 721.)

Päivystyspotilaat tulevat leikkaukseen lääkärin läheteellä tai ensihoitoyksikön kautta kiireellisissä tai henkeä uhkaavissa tilanteissa. Päivystyksellisiä leikkauksia ovat esimerkiksi murtumien hoito, umpilisäkkeen poisto tai sisäelinverenvuotojen hoito. Päivystyspotilaat luokitellaan neljään eri kiireellisyysluokkaan värikoodien mukaan. Esimerkiksi punainen tarkoittaa, että leikkaus on suoritettava alle kahdeksan tunnin kuluessa ja vihreä, että leikkaus voidaan suorittaa muutaman päivän kuluttua. (Ahonen ym. 2012: 127–128.) Sairaalaan tullessa potilas tutkitaan päivystyspoliklinikalla, tehdään tarvittavat leikkausvalmistelut ja viedään sieltä leikkausosastolle. Potilaalta tulee selvittää, milloin hän on viimeksi syönyt ja juonut sekä potilaalta tulee pyytää suostumus päivystysleikkaukseen, mikäli potilaan tila tämän sallii. (Ahonen ym. 2012: 128.)

### **3 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite sekä tutkimuskysymykset**

Opinnäytetyön tarkoituksena on koota aikaisemmin tuotetusta perehdytykseen liittyvästä tiedosta yhtenäinen sähköinen perehdytysopas perioperatiivisen hoitotyön harjoitteluun. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää opiskelijoiden perehdytystä perioperatiivisen hoitotyön ohjattuun harjoitteluun.

Tutkimuskysymyksiksi nousivat seuraavat kysymykset:

1. Mitä hyvä perehdytysmateriaali sisältää?
2. Minkälainen on hyvä perehdytysmateriaali?

### **4 Aikaisemmat opinnäytetyöt sairaanhoitajaopiskelijoiden perehdytyksestä perioperatiivisen hoitotyön harjoittelussa**

Opinnäytetyön tuotetun työn sisällön pohjana toimii kolme aikaisempaa opinnäytetyötä Koivuniemi (2014), Käsälä – Mantila (2014) ja Launistola – Malaska – Peiponen (2014). Nämä opinnäytetyöt käsittelevät opiskelijoiden kokemuksia perehdytyksen sisällöstä, opiskelijavastaava sairaanhoitajien näkemyksiä perehdytyksen sisällöstä sekä perehdytysmateriaalien sisältöjen analysointia.

#### 4.1 Sairaanhoitajaopiskelijoiden kokemukset perehdytyksen sisällöstä

Koivuniemen (2014) opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajaopiskelijoiden kokemuksia perehdytyksestä perioperatiivisessa hoitotyössä. Tavoitteena oli kehittää opiskelijaperehdytystä haastatteluista saatujen tietojen perusteella. Opinnäytetyössä haastateltiin yksilöhaastatteluina kahta juuri perioperatiivisen harjoittelun päättänyttä sairaanhoitajaopiskelijaa. Näiden haastatteluiden perusteella syntyi viisi erilaista pääluokkaa; opiskelijaan liittyvät positiiviset kokemukset, opiskelijaan liittyvät negatiiviset kokemukset, ohjaajaan liittyvät positiiviset kokemukset, ohjaajaan liittyvät negatiiviset kokemukset sekä perehdytysmateriaaliin liittyvät kokemukset.

Opiskelijaan liittyvissä positiivisissa kokemuksissa korostuivat opiskelijamyönteisyys, perehdytys sekä kiinnostus opiskelijaa kohtaan. Haastateltavat olivat suurimmaksi osaksi tyytyväisiä perehdytyksen sisältöön, ja he kokivat, että saivat rauhassa perehtyä harjoitteluun opiskelijan roolissa. Haastatteluista ilmeni, että myös muut ammattiryhmät olivat kiinnostuneita sairaanhoitajaopiskelijoiden harjoittelusta, ja toiminnallaan he lisäsivät syvyyttä perehdytyksen sisältöön. Haastateltavat kokivat harjoittelupaikkojen ilmapiirin pääosin opiskelijamyönteiseksi. Heidät kohdattiin yksilöinä ja heitä puhuteltiin omalla nimellään. Heidä ei myöskään pidetty työvoimana, vaan he saivat rauhassa keskittyä oppimiseen opiskelijan roolissa. (Koivuniemi 2014: 7, 11.)

Opiskelijaan liittyvissä negatiivisissa kokemuksissa korostuivat kiire, ajoittainen pelko, perusteluiden riittämättömyys sekä työyhteisön ulkopuolelle jättäminen. Haastateltavat kokivat yleisen kiireen tekevän perehdytyksestä rikkonaista, jolloin myös harjoittelun ohjaajien perustelut jäivät helposti puutteellisiksi. Haastateltavat pelkäsivät tekevänsä virheitä ohjaajan suuren vaatimustason vuoksi, lisäksi he kokivat, että heidät jätettiin ajoittain yksin haastavissakin tilanteissa. (Koivuniemi 2014: 7–8, 11.)

Ohjaajaan liittyvät positiiviset kokemukset koskivat lähinnä hyvää ohjausta. Ohjaajan yksilöllinen ja henkilökohtainen panostus opiskelijan perehdytyksessä vaikutti

merkittävästi positiivisiin kokemuksiin. Ohjaajan hyvää kliinistä sekä teoreettista osaamista myös arvostettiin. (Koivuniemi 2014: 8.)

Ohjaajaan liittyvissä negatiivisissa kokemuksissa korostuivat ohjaajien suuri vaihtuvuus, yleinen kiire, toimintoihin mukaan jättämättä ottaminen sekä ohjaajien keskinäinen kommunikointi. Ohjaajien suuren vaihtuvuuden koettiin erityisesti heikentävän perehdytyksen tasoa, sillä se aiheutti ristiriitaa opiskelijan tieto-taito-tason tunnistamisessa. Haastateltavat kokivat myös ohjaajan kiireen heikentävän perehdytystä, jolloin opiskelijan ohjaus jäi kovan kiireen vuoksi puutteelliseksi. Ohjaajat vetosivat ajoittain myös yleiseen kiireeseen sekä leikkaussaliajan kalleuteen. Myös ohjaajien keskinäisellä kommunikoinnilla on suuri merkitys onnistuneen perehdytyksen kannalta. Niin ohjauksessa, kuin työtavoissakin koettiin ristiriitoja eri ohjaajien välillä, joten haastateltavat toivoivat kahta nimettyä ohjaajaa ohjauksen selkeyttämisen vuoksi. Haastateltavat myös kokivat, ettei ohjauksessa otettu tarpeeksi huomioon heidän omaa tietotaitotasoaan ja aiempaa työkokemustaan. Ajoittain he kokivat heille selitettävän itsestäänselvyyksiä, eikä heidän taitotasoonsa luotettu. (Koivuniemi 2014: 8–9, 11.)

Perehdytysmateriaaliin liittyvissä kokemuksissa korostui erityisesti konkreettisen perehdytysmateriaalin ja instrumenttioppaan puuttuminen sekä instrumenttoivan sairaanhoitajan ”check-listan”- merkitys. Haastateltavat kokivat erityisesti konkreettisen perehdytysmateriaalin puuttumisen haasteelliseksi oppimisen kannalta. He kokivat myös, etteivät pystyneet seuraamaan oman perehdytyksensä etenemistä eivätkä tarpeen tullen tarkistamaan perehdytykseen liittyviä asioita. Haastateltavat olisivat kaivanneet myös opiskelijoille suunnattua instrumenttiopasta, minkä avulla olisi ollut mahdollista tutustua tyypillisimpiin instrumentteihin. Haastatteluista tuli esille myös instrumenttoivalle sairaanhoitajalle suunnattu ”check-list”, joka koettiin hyödylliseksi myös opiskelijaohjauksen näkökulmasta. (Koivuniemi 2014: 9–10.)

#### 4.2 Opiskelijavastaavasairaanhoitajien kokemukset perehdytyksen sisällöstä

Känsälän ja Mantilan (2014) opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata opiskelijoita ohjaavien sairaanhoitajien kokemuksia sairaanhoitajaopiskelijoiden perehdytyksestä perioperatiivisessa hoitotyössä. Tavoitteena oli hyödyntää haastattelemalla saatuja tietoja opiskelijaohjauksen kehittämiseksi sekä uuden perehdytysmateriaalin tuottamiseksi. Opinnäytetyössä haastateltiin viittä opiskelijavastaavasairaanhoitajaa ryhmähaastatteluna. Haastattelun perusteella todettiin, että perehdytyksellä on tietty

yksiköstä riippumaton sisältö, mitä voidaan tarpeen mukaan muokata vastaamaan eri yksiköiden tarpeita. Haastattelun perusteella syntyi neljä erilaista pääluokkaa perehdytykseen liittyen: harjoittelun perusteet, opiskelijamyönteisyys, harjoittelun yksilöllinen sisältö sekä harjoittelun ajankohta.

Harjoittelun perusteisiin sisältyvät konkreettiset työvälineet, seurantavälineet sekä systemaattinen arviointi. Haastateltavien mukaan konkreettisina työvälineinä käytettiin opiskelijoille suunnattua Tervetuloa-kansiota ja muuta kirjallista materiaalia sekä ohjaajille suunnattua ”check-listaa” suunnitellusta perehdytyksen sisällöstä. Nimetyn ohjaajan ja opiskelijan yhtenäisten työvuorojen suunnittelua pidettiin myös tärkeänä työvälineenä. Osassa yksiköistä on myös käytössä opiskelijoille suunnattu klinikkapäivä, jonka aikana on mahdollista harjoitella leikkaussalihoitotyötä. Tietyissä yksiköissä on myös ollut käytössä lähtötasotesti tai kuviteltu potilastapaus, mikä käydään yhdessä läpi nimetyn ohjaajan kanssa. Seurantavälineisiin sisältyy opiskelijan opintojakson sisällön mukaisesti laatimat tavoitteet ja tavoitteisiin pääsyn seuraaminen. Opiskelijaa myös tuetaan mahdollisimman itsenäiseen toimintaan. Systemaattinen arviointi sisältää arviointikeskustelut ohjatun harjoittelun puolivälissä, lopussa sekä aina tarvittaessa. Osassa yksiköistä on myös käytössä erilaisia arviointipohjia ja kaavakkeita oppimisen seurantaan varten. (Känsälä – Mantila 2014: 6–8.)

Opiskelijamyönteisyyteen sisältyvät opiskelijälähtöisyys ja myönteinen oppimisympäristö. Haastattelussa ilmeni, että opiskelijaohjaus suunnitellaan vastaamaan opiskelijan yksilöllisiä tarpeita, lähtötasotestiä sekä opiskelijan henkilökohtaisia tavoitteita hyödyntäen. Haastattelujen tuloksista ilmeni, että opiskelijat otettiin vastaan myönteisesti ja heitä kohdeltiin tulevana kollegoina. Oppimisympäristö koettiin myös yleisesti miellyttäväksi. Haastateltavat kokivat, että opiskelijamyönteisyys on alun perin lähtöisin johtoportaasta. (Känsälä – Mantila 2014: 8–9.)

Harjoittelun yksilöllinen sisältö käsittää harjoittelun sisällön muodostumisen, klinisen sisällön sekä ohjaajien näkemyksen siitä, mitä sisältöön kuuluu. Haastattelun perusteella ohjatun harjoittelun sisältö muodostui aina yksikön ohjeiden mukaan. Opiskelijoiden yksilöllisten tarpeiden vuoksi jokaisen opiskelijan kohdalla ei ole kuitenkaan voitu käyttää samanlaista perehdytysrunkoa. Perehdytyksen sisältö on myös osin riippuvainen siitä, millaisia potilaita opiskelijan harjoittelujaksolle osuu. Kliiniseen sisältöön kuului olennaisena osana leikkaus- ja anestesiahoitotyön kulku niin teoreettisesti kuin kliinisestikin. Haastattelujen perusteella opiskelijoille tuotiin



perehdytyksessä monipuolisesti esille erilaisia toimintatapoja, näkemyksiä instrumentti- ja anestesiapuolelta, tietoa leikkausten kulusta sekä eri ammattiryhmien työn sisällöstä. Haastattelusta ilmeni, että myös joustavuuden opettaminen opiskelijoille on keskeinen osa perehdytyksen sisältöä. Opiskelijoille annettiin myös mahdollisuus osallistua erilaisiin sisäisiin koulutuksiin sekä opiskelijoille suunnattuun klinikkapäivään. Haastateltavat olivat tyytyväisiä tähänhetkiseen perehdytykseen. He näkivät perehdytyksen sisällön kattavana ja toimivana. He kuitenkin kokivat, että perehdytys ja opiskelijaohjaus ovat jatkuvan kehityksen alla. (Känsälä – Mantila 2014: 9–12.)

Ohjatun harjoittelun ajankohtaan liittyy oleellisesti harjoittelun ajoitus ja kesto. Haastateltavat toivoivat, että opiskelijoiden ohjattu harjoittelujakso kestäisi vähintään neljä viikkoa tai siitä pidempään. Toiveena myös oli, että opiskelijalla olisi taustalla yksi aikaisempi harjoittelujakso sairaalassa. Näiden asioiden koettiin edesauttavan ohjatun harjoittelujakson onnistumista. (Känsälä – Mantila 2014: 12.)

#### 4.3 Aikaisempien perehdytysmateriaalien sisältöjen analysointi

Launistolan ym. (2014) opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla leikkaus- ja anestesiaosastojen olemassa olevien perehdytysmateriaalien sisältöä. Tavoitteena oli kehittää opiskelijaperehdytystä perioperatiivisen hoitotyön harjoittelussa. Aineisto koostui 14:stä eri leikkaus- ja anestesiaosaston perehdytysmateriaalista. Neljä osastoa oli päiväkirurgisia osastoja. Aineiston analyysissä muodostettiin neljä pääluokkaa: etiikka- ja tietoperusta perioperatiivisessa hoitotyössä, työyhteisö, työympäristö ja työtehtävät.

##### 4.3.1 Etiikka ja tietoperusta perioperatiivisessa hoitotyössä

Tässä pääluokassa nousivat esille tietoperustan, toimintaa ohjaavien lakien ja velvollisuuksien sekä eettisen toiminnan merkitys. Tiedolliseen osaamiseen sisältyy sairaanhoitajaopiskelijan anatomian ja fysiologian tuntemus, lääkelaskentataidot, kirurgisen potilaan hoitopolun ymmärtäminen sekä lisätiedon hankinta ohjatun harjoittelujakson aikana. Opiskelijan tulee ymmärtää kirurgisen potilaan hoitopolku niin elektiivisten, päiväkirurgisten kuin päivystyspotilaidenkin kannalta. Opiskelijan tulee myös kartoittaa osaamistaan esimerkiksi henkilöstölle suunnatuissa koulutuksissa, alan



tietokirjallisuutta tai tieteellisiä artikkeleita lukemalla. On myös tärkeää, että opiskelija tutustuu osastolla tyypillisimmin käytettyihin lääkkeisiin. (Launistola ym. 2014: 16.)

Toimintaa ohjaaviin lakeihin ja velvollisuuksiin kuuluu esimerkiksi ohjeistus lääkehoidosta, mikä ohjaa opiskelijan oikeutta osallistua lääkehoidon toteuttamiseen. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) turvaa potilaan oikeutta olla osallisena omaa hoitoaan koskevassa päätöksenteossa. Tietosuojaan sisältyy vaitiolovelvollisuus, eli opiskelijaa sitoo koko perioperatiivisen harjoittelujakson aikana täydellinen vaitiolovelvollisuus. Potilasasiakirjat ovat myös tietosuojattuja, jolloin vain potilaan hoitoon osallistuvilla henkilöillä on oikeus käsitellä niitä siinä laajuudessa kuin heidän työtehtävänsä vaativat. Eettiseen toimintaan sisältyy potilaan yksilöllinen ja kunnioittava hoito sekä sairaanhoitajan eettiset ohjeet, mitkä koskevat myös sairaanhoitajaopiskelijoita. Potilaan kunnioittavaan hoitoon kuuluu hiljaisuus anestesian aloituksen ja lopetuksen aikana, intimiteettisuoja koko hoitopolun ajan sekä potilaan psyykkisestä turvallisuudesta huolehtiminen. (Launistola ym. 2014: 16–17.)

#### 4.3.2 Työyhteisö

Tässä pääluokassa nousivat esille työviihtyvyyden, työyhteisön sääntöjen sekä moniammatillisen yhteistyön merkitys. Työviihtyvyyteen kuuluu niin hoitajan psyykkinen kuin fyysinenkin hyvinvointi. Opiskelijan on myös tärkeää pitää hyvää huolta omasta hyvinvoinnistaan. Psyykkisen hyvinvoinnin kannalta on hyvä oppia keskustelemaan mieltä painavista asioista, kun taas fyysisen hyvinvoinnin kannalta on tärkeää huolehtia riittävästä ravinnon ja levon määrästä harjoittelun aikana. (Launistola ym. 2014: 18.)

Työyhteisön yhteisiin sääntöihin kuuluvat sairaalan yleiset säännöt, päiväjärjestys sekä yksikön pelisäännöt. Sairaalan sääntöihin sisältyvät atk-tunnukset, jotka aktivoidaan myös harjoittelun ajaksi opiskelijoille useissa yksiköissä. Opiskelijan tulee myös noudattaa poissaoloihin ja niistä ilmoittamiseen liittyviä yhteisiä sääntöjä. Päiväjärjestykseen kuuluvat ruokailu, tauot, työajat ja työnjako. Opiskelijan tulee noudattaa mahdollisuuksien mukaan lähiohjaajansa työvuoroja. Opiskelija on myös oikeutettu päivittäisiin lepotaukoihin. Yhteisiin pelisääntöihin kuuluu myös tilojen siistinä pitäminen sekä toisten kunnioittaminen. Kollegan työtä ja työrauhaa kunnioitetaan sekä hänen työpanostaan arvostetaan. Moniammatilliseen yhteistyöhön kuuluu olennaisesti viestintä työyhteisössä sekä yhteistyö muiden työyhteisön jäsenten kanssa.

Kommunikaatio on erittäin tärkeä osa viestintää, ja se korostuu erityisesti moniammatillisessa työyhteisössä. (Launistola ym. 2014: 18–20.)

#### 4.3.3 Työympäristö

Työympäristöä kuvatessa nousi esille työympäristön toimivuuteen, ympäristöasioihin, työturvallisuuteen, potilasturvallisuuteen, laitteisiin, välineisiin, hätätilanteisiin sekä aseptiikkaan liittyviä asioita. Työympäristöön kuuluvat yhteisten tilojen toimivuus sekä yhteisissä tiloissa liikkuminen. Ympäristöasiat taas sisältävät jätteiden laittelun ja energiansäästön, eli opiskelijaa tulee ohjata jätteiden lajittelussa, kuten lääkejätettä, biologista jätettä, viiltävää jätettä sekä muuta jätettä käsiteltäessä. (Launistola ym. 2014: 20–21.)

Työturvallisuuteen sisältyy tärkeänä osana ohjeistus siitä, miten toimitaan tapaturmatilanteissa. Tapaturmatilanteita voivat olla esimerkiksi biologinen altistuminen, säteilyturvallisuuteen liittyvät tapaturmat, pistotapaturmat sekä kemikaaliturvallisuuteen liittyvät tapaturmat. Työturvallisuuteen sisältyy myös ohjeistus ergonomisista työtavoista sekä henkilökunnan tunnistamisesta esimerkiksi henkilökorttien avulla. Opiskelijan perehdytykseen sisältyvät ergonomiset ja turvalliset työtavat sekä ohjeistus nimineulan tai henkilökortin käytöstä. (Launistola ym. 2014: 21.)

Potilasturvallisuuteen sisältyvät laiteturvallisuus, lääkehoidon turvallisuus sekä hoidon turvallisuus. Laiteturvallisuuteen kuuluu laitteiden ja työvälineiden oikea ja turvallinen käyttö sekä mahdollisten toimintahäiriöiden tunnistaminen. Lääkehoidon turvallisuudella tarkoitetaan sitä, että sairaanhoitajan tulee hallita lääkkeen halutun vaikutuksen lisäksi myös mahdolliset sivu- ja haittavaikutukset. Hoidon turvallisuuteen sisältyvät potilassiirrot, tarkistuslistat, potilaan tunnistaminen, paine- ja venytysvammojen estäminen sekä leikkausasentojen turvallisuus. (Launistola ym. 2014: 21–22.)

Laitteisiin sisältyvät kaikki potilaan hoidossa käytettävät laitteet ja välineet. Sairaanhoitajan tulee hallita niiden toimivuudesta huolehtiminen sekä tarvittaessa huoltaminen. Osaston ohjeiden mukainen välineiden toimitus välinehuoltoon kuuluu myös sairaanhoitajan työtehtäviin. (Launistola ym. 2014: 23–24.)

Hätätilanteisiin sisältyvät kaikki potilaaseen liittyvät hätätilanteet, katastrofitilanteet sekä mahdollisten riskien ennakointi. Jokaisella osastolla on omat ohjeistuksensa erilaisiin hätätilanteisiin liittyen. Riskien ennakoimiseksi osastoilla on käytössä katastrofikansiot sekä osaston mukaiset hälytyskäytännöt. (Launistola ym. 2014: 24–25.)

Aseptiikkaan sisältyvät yleinen aseptinen toiminta, henkilökohtainen aseptiikka, työasu, suojavaatteet sekä varotoimet ja eristysluokat. Aseptiseen toimintaan sisältyy aseptinen käyttäytyminen ja liikkuminen, aseptinen omatunto, aseptinen työjärjestys sekä henkilökunnan määrä leikkaussalissa. Suojavaatteet ovat tärkeä osa niin opiskelijan, kuin potilaankin turvallisuutta. (Launistola ym. 2014: 26–28.)

#### 4.3.4 Työtehtävät

Tämä pääluokka sisältää eri potilasryhmien hoidon, instrumentoivan sairaanhoitajan työnkuvan, anestesia-sairaanhoitajan työnkuvan, valvojan sairaanhoitajan työnkuvan, heräämöhoitajan työkuva ja kaikille yhteiset työtehtävät leikkaus- ja anestesiaosastoilla sekä kaikille yhteiset työtehtävät leikkaussalissa. Eri potilasryhmien hoitoon kuuluvat päiväkirurgisen potilaan hoito, päivystyspotilaan hoito, lapsipotilaan hoito ja hoito erikoisaloittain. (Launistola ym. 2014: 28.)

Päiväkirurgisen potilaan hoitoon sisältyvät päiväkirurgiseen potilaaseen liittyvät kriteerit, hoitopolku, kotiutus-kriteerit, jatkohoito-ohjeet, postoperatiivinen kotisoitto sekä kyseisen osaston päivärytmi. Päivystyspotilaiden hoidossa on tärkeää huomioida kiireellisyysluokitukset. Leikkaus- ja anestesiaosastoilla hoidetaan myös lapsipotilaita, joiden hoitoon liittyvät erityispiirteet tulee ottaa huomioon. (Launistola ym. 2014: 28–31.)

Leikkausosastolla sairaanhoitajan työnkuvat jaetaan instrumentoivaan sairaanhoitajaan, anestesia-sairaanhoitajaan, valvovaan sairaanhoitajaan sekä heräämöhoitajaan. Kaikkien vastuulla on kuitenkin yleisen toiminnan sujuvuuden varmistaminen. Yhteisiin työtehtäviin kuuluvat esimerkiksi leikkausta edeltävät työtehtävät, leikkauksen aikaiset työtehtävät ja leikkauksen jälkeiset työtehtävät. (Launistola ym. 2014: 37–40.)

## 5 Opinnäytetyön toteutus

### 5.1 Opinnäytetyön aineiston keruu

Aineistoa kerätessä on tärkeää huomioida monia asioita. Kerättävän aineiston laajuuteen vaikuttavat muun muassa tutkimuksen laajuus, tutkittavan ilmiön luonne, aineiston laatu sekä tutkimuksen asetelma. Luotettavan tiedon löytäminen edellyttää myös ongelman rajaamista. Tutkimusaineistot voidaan jakaa primaari- ja sekundaariaineistoiksi. Primaariaineistoilla tarkoitetaan sitä, että se sisältää välitöntä tietoa tutkimuskohteesta. Sekundaariaineistoilla tarkoitetaan taas sitä, että aineistoa on kerätty jo aikaisemmin. Valmiin aineiston hyödyntämiseen saattaa liittyä myös tutkimuseettisiä haasteita. (Kankkunen – Vehviläinen – Julkunen 2010: 84–87.)

Tämä opinnäytetyö on toiminnallinen työ. Se on sairaanhoitajaopiskelijoiden perehdytyksen kehittämishankkeen kolmas, eli viimeinen vaihe. Opinnäytetyön aineisto on kerätty kolmesta aikaisemmasta opinnäytetystä, eli opinnäytetyö sisältää sekundaariaineistoa. Aineisto on valikoitunut meistä riippumattomista syistä.

### 5.2 Aineiston käsittely

Aikaisemmissa opinnäytetöissä on käytetty niin deduktiivista eli teorialähtöistä, kuin induktiivistakin, eli aineistolähtöistä sisällön analyysimenetelmää. Opinnäytetyön aineisto oli siis jo valmiiksi koottu sekä analysoitu. Valmiiksi koottu aineisto koottiin yhteen ja luokiteltiin uuden perehdytysoppaan sisältöä vastaavaksi.

Aineiston laajuuden vuoksi perehdytysmateriaali on jaettu osiin, jolloin se helpottaa perehdytysmateriaalin lukemista sekä selkeyttää sen ymmärtämistä. Osiot on luotu osittain Launistolan ym. (2014) opinnäytetyön tulosten pääluokkia mukaillen: etiikka ja tietoperusta perioperatiivisessa hoitotyössä, työyhteisö, työympäristö perioperatiivisessa hoitotyössä sekä sairaanhoitajan työnkuva. Tällöin aineisto on selkeä ja ymmärrettävä kokonaisuus, mistä on helppo etsiä tietoa.

## 6 Perehdytysmateriaalin sisältö

Tässä työssä perehdytysmateriaalin sisältö on suunniteltu Launistolan ym. (2014) opinnäytetyön tuloksia mukaillen. Perehdytysmateriaalin rakennetta ja loogisuutta suunniteltaessa myös oletettiin, että perioperatiivisen hoitotyön harjoitteluun menevällä opiskelijalla on taustalla teoriaopintoja sekä käytännön kokemusta. Varsinaista sähköistä perehdytysmateriaalia ei julkaista tämän opinnäytetyön yhteydessä tekijänoikeuksien vuoksi.

## 6.1 Etiikka ja tietoperusta perioperatiivisessa hoitotyössä

### 6.1.1 Lait ja velvollisuudet

Terveystieteiden eettiset periaatteet (ETENE 2001.) näkyvät selkeästi Potilaan aseman ja oikeuksien puolesta säädetyissä laissa (785/1992). Eettiset periaatteet sekä laki tukevat toisiaan, mikä on edellytys hyvän hoidon toteutumiselle. Potilaan aseman ja oikeuksien puolesta säädetyin lain mukaan potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Potilaalla on myös oikeus hyvään kohteluun niin, että ihmisarvoa, vakaumusta ja yksityisyyttä kunnioitetaan. Kaikki potilaan yksilölliset tarpeet, äidinkieli ja kulttuuri tulee ottaa huomioon potilaan hoidossa ja hoidon suunnittelussa. Lain mukaan kaikki potilaat ovat yhdenvertaisia, eikä heitä saa asettaa eriarvoiseen asemaan esimerkiksi iän, terveydentilan tai vammaisuuden perusteella. Hoitoa on myös saatava yhdenvertaisesti asuinkunnasta riippumatta.

Itsemääräämisoikeus on tärkeä osa potilaan onnistunutta hoitoa. Hoidon on tapahduttava aina yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Hoidon aloittamiseksi tarvitaan myös potilaan, hänen laillisen edustajan, lähiomaisen tai muun läheisen suostumus aina, kun mahdollista. Alaikäisen potilaan hoitoon liittyen on myös omat säädöksensä. Lain mukaan potilaalla on oikeus saada tiedot terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hoitoon liittyvistä seikoista. Potilaalla on myös oikeus tutustua hänestä tallennettuihin tietoihin ja pyytää virheellisten tietojen korjaamista. Alaikäisen potilaan mielipide omaa hoitoaan koskien huomioidaan silloin, kun potilas on riittävän kehittynyt sen ilmaisemaan. Kehitystason arvioi lääkäri tai muu terveydenhuollon ammattihenkilö. Alaikäisen huoltajalla ei myöskään ole oikeutta kieltää hoitoa potilaan henkeä tai terveyttä uhkaavissa tilanteissa. Hoitoon tyytymättömällä potilaalla on myös oikeus valittaa hoidosta. Potilailla on oikeus turvautua potilasasiamieheen, joka antaa tietoa potilaan

oikeuksista ja auttaa mahdollisen muistutuksen tai kantelun tekemisessä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015.)

Potilaan oikeuksien turvaamiseksi on laadittu myös laki salassapito -ja vaitiolovelvollisuudesta (785/1992), mitä sairaanhoitajan tai ohjattuun harjoitteluun tulevan sairaanhoitajaopiskelijan tulee noudattaa. Salassapidolla- ja vaitiolovelvollisuudella tarkoitetaan sitä, että sairaanhoitaja ei saa ilmaista potilaan hoitoon tai terveydentilaan liittyviä asioita hoidon ulkopuolisille henkilöille ilman potilaan kirjallista suostumusta. Mikäli potilas ei pysty itse ilmaisemaan tahtoaan tietojen luovutuksen suhteen, tarvitaan potilaan laillisen edustajan kirjallinen suostumus. Salassapitovelvollisuuden rikkominen on rangaistava teko, ja se säilyy aina koko palvelussuhteen tai ohjatun harjoittelun ajan, sekä hoitosuhteen loppumisen jälkeen. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1993 § 13.)

Lääkehoitoa ja sen toteuttamista ohjaavat myös erilaiset lait ja säädökset. Näitä ovat esimerkiksi lääkelaki (395/1987), huumausainelaki (373/2008), laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994), asetus potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) sekä Turvallinen lääkehoito-opas (2006). Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) määrittää opiskelijoiden oikeudet ohjatussa harjoittelussa lääkehoitoon liittyen. Laillistetun ammattihenkilön tehtävissä voi myös valvonnan alaisesti ja tilapäisesti toimia kyseiseen ammattiin opiskeleva henkilö. Turvallisessa lääkehoito-oppaassa tulee ilmi, että ammattikorkeakoulututkintoa suorittava sairaanhoitaja-, terveydenhoitaja-, ensihoitaja- ja kättilöopiskelija voi osallistua vaatimaan lääkehoitoon kuten suonensisäisen lääke- ja nestehoidon toteuttamiseen ohjaajan valvonnassa. Lääkehoitoon osallistuminen kuitenkin vaatii opiskelijalta riittäviä lääkehoidon teoreettisia tietoja ja taitoja sekä lääkelaskujen moitteetonta hallintaa. Opiskelijalla on myös velvollisuus näyttää ohjatussa harjoittelussa lääkehoito-opintojensa laajuus, suoriutumisen lääkehoidon opinnoista sekä lääkelaskuista. (Turvallinen lääkehoito 2006: 48.) Sairaanhoitajaopiskelijan tulee olla tietoinen lääkehoitoa ohjaavista laeista sekä säädöksistä pystyäkseen harjoittelemaan lääkehoitoa turvallisesti ohjatuissa harjoitteluissa.

Perioperatiivisessa hoitotyössä potilas joutuu luopumaan myös ainakin osittain yksityisyydestään ja intimiteettisuojustaan. Potilas joutuu paljastamaan vartalonsa esimerkiksi katetroinnin yhteydessä, eikä potilas pysty täten säätelemään omaa

intimiteettisuojaansa. On siis ensiarvoisen tärkeää, että sairaanhoitaja huolehtii potilaan riittävästä suojaamisesta intiimien toimenpiteiden yhteydessä, koska jokaisella potilaalla on oikeus inhimilliseen ja tasa-arvoiseen kohteluun. Hoitohenkilökunnan on myös tiedostettava potilaan yksilölliset tarpeet ja pyrittävä toteuttamaan niitä hoitosuhteen aikana. Hoitotyössä on paljon erilaisia toimintoja, jotka potilas saattaa kokea loukkaaviksi. Siksi asioista rehellisesti keskusteleminen potilaan kanssa on tärkeää. Autonomian ylläpitäminen on myös tärkeää hoitotyössä, potilaan tietoisuus omasta hoidostaan edistää kokonaisvaltaista hyvinvointia. (Leino-Kilpi – Välimäki: 2014: 140,146,152.)

### 6.1.2 Sairaanhoitajan eettinen toiminta

Eettiset kysymykset ovat jatkuvasti läsnä päivittäisessä hoitotyössä. Etiikka koostuu arvoista, ihanteista ja periaatteista, mitkä koskevat hyvää ja pahaa sekä oikeaa ja väärää. Etiikka ohjaa ihmistä tekemään oikeita valintoja, mutta se ei anna valmiita ratkaisuja. Erityisesti hoitotyössä etiikka painottuu ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseen, ihmiselämän suojeluun sekä terveyden edistämiseen. Potilaan oikeuksien puolesta on myös asetettu lakeja ja säädöksiä, mitkä ohjaavat eettistä päätöksentekoa hoitotyössä. (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta, ETENE 2001.)

Sairaanhoitajan eettisten ohjeiden on tarkoitus olla apuna sairaanhoitajan jokapäiväisessä työssä. Eettisiin ohjeisiin sisältyviä aiheita ovat: sairaanhoitajan tehtävät, sairaanhoitaja ja potilas, sairaanhoitajan työ ja ammattitaito, sairaanhoitaja ja työtoverit, sairaanhoitaja ja yhteiskunta sekä sairaanhoitaja ja ammattikunta. Eettiset ohjeet tukevat sairaanhoitajien, ensihoitajien, terveydenhoitajien ja kättilöiden eettistä päätöksentekoa. Eettiset ohjeet ovat sairaanhoitajan ammatin perusta. (Sairaanhoitajan eettiset ohjeet 2014.)

Sairaanhoitajan eettisten ohjeiden mukaan yksi tärkeimmistä sairaanhoitajan työtehtävistä on väestön terveyden ylläpitäminen ja edistäminen. Sairaanhoitajan kuuluu auttaa ja tukea kaikenikäisiä ihmisiä eri elämäntilanteista riippumatta. Sairaanhoitaja suojelee ihmiselämää sekä hänen tulee kohdata jokainen potilas arvokkaana ihmisenä. Hän luo hoitokulttuurin, missä otetaan yksilö kokonaisvaltaisesti huomioon sekä vastaa toiminnastaan potilaille, jotka hänen hoitoaan tarvitsevat. Sairaanhoitajan kuuluu kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta potilaan hoitoa

koskevassa päätöksenteossa. Sairaanhoidaja on myös salassapitovelvollinen potilaan hoitoon tai terveydentilaan liittyvissä asioissa. Sairaanhoidajan ja potilaan välinen hoitosuhde perustuu vuorovaikutukseen ja luottamukseen. Sairaanhoidaja hoitaa kaikkia tasavertaisesti riippumatta potilaan taustoista ja elämäntilanteesta. (Sairaanhoidajan eettiset ohjeet 2014.)

Sairaanhoidajan tulee jatkuvasti kehittää omaa ammattitaitoaan sekä arvioida omaa ja muiden pätevyyttä työssään. Hän on henkilökohtaisesti vastuussa omasta työpanoksestaan sekä vastaa hoitoyhteisön jäsenenä yhdessä muiden sairaanhoidajien kanssa hoitotyön laadusta sekä sen jatkuvasta kehityksestä. Kaikkien sairaanhoidajien tulee valvoa oman ammattikunnan jäseniä sekä muiden ammattikuntien jäseniä niin, ettei kukaan toimi potilasta kohtaan epäeettisesti. He kunnioittavat muiden asiantuntemusta, tukevat toisiaan potilaan hoitoa koskevassa päätöksenteossa, pyrkivät hyvään yhteistyöhön muiden hoitoon osallistuvien ammattihenkilöiden kanssa sekä tukevat toisiaan työssä jaksamisessa ja ammatillisessa kehittämisessä. (Sairaanhoidajan eettiset ohjeet 2014.)

Sairaanhoidajat kantavat vastuuta ihmiskunnan terveydestä, sosiaalisista elinoloista sekä niiden kehittämistä maailmanlaajuisella ja yhteiskunnallisella tasolla. He toimivat yhteistyössä potilaan omaisten kanssa ja vahvistavat heidän osallistumistaan potilaan hoitoon. Sairaanhoidajat antavat terveysvalistusta väestölle ja lisäävät kykyä itsehoitoon. Hän tekevät yhteistyötä erilaisten vapaaehtois-, vammais- ja potilasjärjestöjen kanssa sekä osallistuvat kansainvälisten järjestöjen toimintaan. Sairaanhoidajakunnan tulee huolehtia, että ammattikunnan jäsenet hoitavat arvokkaasti yhteiskunnallisen tehtävänsä sekä tukea jäsentensä moraalista sekä ammatillista kehitystä. Sairaanhoidajakunnan tulee vastata oman alansan asiantuntijuudesta ja asiantuntijuuden kasvun tulisi näkyä väestön hyvinolon edistymisenä. Sairaanhoidajille jää vastuu oman ammatillisuuden syventämisestä, koulutuksen kehittämisestä sekä tieteellisyyden edistämisestä. Ammattikunnan täytyy aktiivisesti huolehtia oikeudenmukaisten sosiaalisten ja taloudellisten työolojen toteutumisesta sekä vastata jäsentensä hyvinvoinnista. (Sairaanhoidajan eettiset ohjeet 2014.)

### 6.1.3 Tietoperusta

Anatomian ja fysiologian osaaminen on yksi tärkeimmistä sairaanhoidajan tiedoista kliinistä hoitotyötä toteuttaessa. Myös EU:n ammattipätevyysdirektiivi 2005/36/EU



määrittää sairaanhoitajien osaamisen, jonka mukaan sairaanhoitajalla tulee olla tarvittava osaaminen sairaan ihmisen anatomiasta sekä fysiologiasta. Myös ohjattuun harjoitteluun tulevan sairaanhoitajaopiskelijan tulee huolehtia siitä, että hän omaa riittävän tuntemuksen ihmisen anatomiasta ja fysiologiasta sekä oman osastonsa erikoisalan anatomiasta ja fysiologiasta jo potilasturvallisuudenkin kannalta. (Hoitotyön koulutusohjelma 2013.)

Anatomian ja fysiologian tuntemuksen lisäksi opiskelijan tulee ymmärtää kirurgisen potilaan hoitopolku ja sen eri vaiheet. On tärkeää, että opiskelija tietää erityispiirteet eri potilasryhmien - kuten lapsipotilaan, päivystyspotilaan, elektiivisen potilaan sekä päiväkirurgisen potilaan hoidossa. Kirurgisen potilaan hoitopolku sisältää ajallisesti ja toiminnallisesti kolme vaihetta: preoperatiivisen, intraoperatiivisen sekä postoperatiivisen vaiheen. Kirurgisen potilaan hoitopolussa korostuu erityisesti hoidon ja tiedon kulun jatkuvuus. Tärkeässä osassa on myös hoitoon pääsyn sujuvuus, joustavuus sekä potilaan luottamus hoitohenkilökuntaa kohtaan. (Ahonen ym. 2012: 99.)

#### 6.1.4 Lääkehoito perioperatiivisessa hoitotyössä

Turvallisen lääkehoidon periaatteena voidaan käyttää Turvallinen lääkehoito -opasta (2006), mikä määrittelee turvallisen lääkehoidon periaatteet hoitotyön näkökulmasta. Turvallista lääkehoitoa toteuttaessa tulee huomioida lääkehoidon perusteet potilasturvallisuuden näkökulmasta: oikea potilas, oikea lääke, oikea lääkemuoto, oikea annos, oikea annostelutapa, oikea aika sekä oikea annostelutekniikka. Sairaanhoitajan tulee myös ymmärtää lääkemääräys oikein ja tarvittaessa valmistaa lääke käyttökuntoon ohjeiden mukaisesti. Turvallinen lääkehoito-opas määrittelee myös opiskelijan oikeudet osallistua lääkehoidon toteuttamiseen ohjatussa harjoittelussa. (Turvallinen lääkehoito-opas 2006: 37).

Huumausainelaki (373/2008) määrittää, mitkä aineet luokitellaan huumausaineiksi. Terveystieteiden tutkimuksessa puhutaan myös PKV-lääkkeistä eli pääasiassa keskushermostoon vaikuttavista lääkeaineista varsinaisten huumausaineiden ohella (Turvallinen lääkehoito-opas 2006: 65). Näitä lääkkeitä käsiteltäessä noudatetaan osastokohtaista ohjeistusta, mihin myös sairaanhoitajaopiskelijan tulee perehtyä.

Lääkehoidon perusteiden lisäksi opiskelijan tulee tietää perioperatiivisen hoitotyön lääkehoidon erityispiirteet, joihin kuuluu eri anestesiamenetelmissä sekä puudutuksissa käytettävät lääkkeet, mikrobilääkkeet, sydän- ja verisuonisairauksien lääkkeet, pahoinvointilääkkeet, anti-inflammatorisesti vaikuttavat kipulääkkeet, infuusiokonsentraatit, lääkkeiden haitallisten vaikutusten ehkäisyyn käytettävät lääkkeet, huumausaineet, elvytyslääkkeet sekä verensiirrot (Lukkari ym. 2010: 150–151, 318, 178). Eri anestesiamuotoihin kuuluvat yleisanestesia, sedaatio sekä puudutukset. Yleisanestesiassa potilas ei tunne, muista tai reagoi toimenpiteestä aiheutuvaan kipuun, eikä tiedosta tai muista anestesian aikaisia tapahtumia. Yleisanestesian tavoitteena on potilaan kivuttomuus, täydellinen lihasrelaksaatio sekä potilaan tajunnantason alentaminen unenomaiseen tilaan. Eri yleisanestesiamuotoja ovat balansoitu tai kombinoitu yleisanestesia, inhalaatioanestesia, suonensisäinen yleisanestesia sekä totaali suonensisäinen anestesia. Yleisanestesiassa käytettäviä lääkkeitä ovat suonensisäiset kipulääkkeet, lihasrelaksantit sekä sedatoivat lääkkeet. Kipulääkkeiden tarkoituksena on lievittää potilaan kipua, kun taas lihasrelaksantit lamaavat lihaksia, mikä mahdollistaa potilaan intuboinnin sekä itse leikkauksen. Sedatoivien ja inhaloitavien lääkkeiden sekä suonensisäisten anesteettien tarkoituksena on potilaan rauhoittaminen sekä unenomaisen tilan saavuttaminen. Sedatoiviin lääkkeisiin kuuluvat laskimoanesteetit, sedatiivit, bentsodiatsepiinit, deksmedetomiinit sekä opioidit. Sedaatiossa on eri tasoja ja yleisanestesia on sedaation syvin muoto. (Anestesiahoitotyön käsikirja 2013.)

Ennen puudutusta on tärkeää, että potilas valmistellaan ja ohjataan tulevaa puudutusta varten. Potilaalle tulee kertoa puudutuksen tarkoitus ja tavoite, puudutettava alue, puudutusaineen laittopaikka sekä laittomenetelmä, puudutusasento, puudutuksen kesto, mahdolliset tuntemukset puudutuksen yhteydessä sekä mahdolliset riskit ja komplikaatiot. Puudutusmenetelmiin kuuluu laajat puudutukset, joita kutsutaan myös regionaalisiksi- tai vyöhykepuudutuksiksi. Näihin sisältyy spinaalipuudutus, kestopinaalipuudutus, epiduraalipuudutus sekä yhdistetty spinaali-epiduraalipuudutus. Muita puudutusmuotoja ovat hartiapunoksen puudutukset, sakraalipuudutus, laskimopuudutukset, infiltraatiopuudutus, pintapuudutus, johtopuudutukset, alaraajan johtopuudutukset sekä perifeeriset johtopuudutukset. (Anestesiahoitotyön käsikirja 2013.)

Eri puudutusmenetelmillä sekä eri kohtaan laitetuilla puudutuksilla haetaan eri vaikutuksia. Esimerkiksi spinaalipuudutuksen käyttöaiheina ovat lantion alueen sekä

alaraajoihin kohdistuvat toimenpiteet, synnytykset sekä keisarinleikkaukset. Puuduteaine ruiskutetaan subaknoidaali-, spinaali- tai intratekaalitalaan lannerangan alueelle. Epiduraalipuudutuksella haetaan samoja vaikutuksia kuin spinaalipuudutuksella, mutta vaikutus on hieman spinaalipuudutusta epävarmempi. Epiduraalikatetrilla voidaan hoitaa myös postoperatiivista kipua, kun taas spinaalipuudutusta käytetään vain toimenpiteiden yhteydessä. (Anestesiahoitotyön käsikirja 2013.) Puudutusten yhteydessä on tärkeää, että sairaanhoitajaopiskelija tuntee ihmisen anatomian ja fysiologian ymmärtääkseen, miten tiettyyn kohtaan laitettu puudutus vaikuttaa mihinkin kehon osaan. Sairanhoitajaopiskelijan on myös tärkeää tietää eri puudutteen ja puudutusmenetelmien vaikutukset sekä haittavaikutukset.

## 6.2 Työyhteisö

Hyvän ja turvallisen työyhteisön perustana ovat tasa-arvo, oikeudenmukaisuus, nopea tiedonkulku, mielekkäät työtehtävät sekä kannustava ilmapiiri. Hyvässä työyhteisössä tuetaan ja autetaan toisia. Jokainen työyhteisön jäsen hyväksytään omana itsenään, eikä virheiden tekemistä tarvitse pelätä. Virheet tulee nähdä kehitysmahdollisuuksina, ja niitä tulee hyödyntää esimerkiksi oppimistilanteissa. Hyvä vuorovaikutus on myös edellytys turvalliselle työympäristölle. Ongelmat ja ristiriidat tulee ottaa ajoissa esille, ja niitä on opittava käsittelemään rakentavasti. (Työturvallisuuskeskus c.)

Työyhteisön yhteiset säännöt ovat suuri osa hyvää ja turvallista työyhteisöä. Työyhteisön yhtenäiset säännöt ja käytännöt määräytyvät yksilöllisesti osaston mukaan. Toimiva työyhteisö edellyttää, että jokainen työyhteisön jäsen sitoutuu tahollaan noudattamaan osaston yhteisiä sääntöjä ja käytäntöjä erityisesti, kun toimitaan moniammatillisessa työyhteisössä. Moniammatilliseen työyhteisöön kuuluvat sairaanhoitajat, lääkärit, opiskelijat sekä muu henkilökunta. Muuhun henkilökuntaan kuuluvat lääkintävahtimestarit, välinehuoltajat, laitoshuoltajat sekä osastosihteerit. Lääkintävahtimestarit avustavat potilassiirroissa ja kuljetuksissa, kipsauksessa, laitehuollossa sekä läpivalaisuissa. Välinehuoltajien työnkuvaan kuuluu instrumenttien, anestesiavälineiden sekä anestesiakoneiden puhdistus ja huolto sekä käyttökunnosta huolehtiminen. Laitoshuoltajat huolehtivat tilojen ja kalusteiden puhtaudesta sekä yleisestä siisteydestä. Osastosihteerin vastuulla on päivittäisten leikkausohjelmien sekä tilauslistojen kirjoittaminen. Osastosihteeri auttaa myös osastonhoitajaa muissa toimistotehtävissä. (Lukkari ym. 2013: 46–47.)

Työviihtyvyys sekä työkyky ovat tärkeä osa hyvää ja turvallista työyhteisöä. Työviihtyvyyteen ja työkykyyn vaikuttavat fyysiset sekä psykososiaaliset työn kuormittavuustekijät. Fyysinen työkuormitus vaikuttaa merkittävästi työntekijän fyysiseen terveyteen sekä työssä jaksamiseen. Työn fyysisiä kuormitustekijöitä ovat työmenetelmät, työasennot, työn fyysinen raskaus, työssä vaadittava tarkkaavaisuus, työvälineet sekä työympäristön, työyhteisön ja työntekijän ominaispiirteet. Perioperatiivinen hoitotyö on fyysisesti hyvin kuormittavaa, joten nämä asiat tulee tuoda esille niin opiskelijaa, kuin uutta työntekijääkin perehdytettäessä. (Työturvallisuuskeskus a.)

Henkisellä hyvinvoinnilla on myös suuri merkitys työssä jaksamisen kannalta. Yksilötasolla se ilmenee työn sujumisena ja hallintana sekä haluna tehdä työtä. Mielekäs työ on sopivan haastavaa, ja se antaa riittävästi oppimis- ja kehitysmahdollisuuksia. Työn tulee sisältää riittävästi päätösvaltaa oman työn määrään, työtahtiin sekä työskentelytapoihin liittyen. Työn tulee sisältää myös riittävästi vastuuta omaa työtään koskevista asioista. Hyvän työkyvyn edellytyksenä on, että työntekijän tai opiskelijan fyysinen ja psyykkinen kuormitus on tasapainossa keskenään. (Työturvallisuuskeskus b.)

### 6.3 Työympäristö perioperatiivisessa hoitotyössä

#### 6.3.1 Fyysinen ympäristö

Leikkausosastot edustavat pitkälle erikoistuneita toimintayksiköitä, joiden toimintaa ohjaa tehokkuus, täsmällisyys sekä tarkasti määritellyt toimintaperiaatteet. Leikkaussalin sijainnilla, pohjaratkaisulla sekä tiloilla on suuri merkitys esimerkiksi potilasturvallisuuden kannalta, joten leikkausosastoja suunniteltaessa on otettava huomioon monia eri asioita. Leikkausosastot sijaitsevat useimmiten hyvien yhteyksien päässä hoitavista vuodeosastoista. Myös kiireellistä leikkausta vaativat potilaat on saatava kuljetettua leikkausosastolle nopeasti ja turvallisesti. Leikkausosastot on suunniteltu niin, että käytävät ovat tarpeeksi leveitä ja suorita, jolloin potilasvuodetta on helppo siirtää turvallisesti. (Lukkari ym. 2013: 61–62.)

Riittävän turvallisuuden sekä hygienian vuoksi leikkausosastot ovat omia eristettyjä kokonaisuuksiaan. Leikkausosaston ovien yhteydessä on kulunvalvontajärjestelmät,

joiden avulla estetään asiaankuulumattomien henkilöiden pääsy leikkausosastolle. Tällöin leikkausosaston ulkopuoliset ovet ovat lukossa ja sisäänpääsy onnistuu henkilökohtaisten tunnustinkorttien avulla. Myös opiskelijoiden kulkeminen leikkausosastoilla varmistetaan oman kulkuluvan avulla, tai he kulkevat yhdessä lähiohjaajansa kanssa. Kulunvalvontajärjestelmän tarkoituksena on varmistaa osaston puhtauden sekä työrauhan säilyminen. (Lukkari ym. 2013: 64.)

Leikkaussalin peruskalustoon kuuluvat anestesiapöytä, nesteensiirtoteline, leikkaustaso sekä sen ohjauslaitteisto, instrumentti- ja apupöydät, lattiamaljat, likapyykkipussiteline, roskapussiteline, kierrejakkarat tai kaasujousella toimivat jakkarat, koroke, seinään upotetut kaapit välineistölle sekä käytettyjen sidetarvikkeiden laskuteline. Peruskalustovaatimukset voivat joskus poiketa leikkauksesta riippuen, mutta peruskaluston on aina helposti liikuteltavaa sekä helposti puhdistettavissa. Leikkauksen perusvälineistöön kuuluvat anestesiavarsi, mihin on liitetty sähköpistokkeita sekä tarvittavat anestesiakaasut, anestesiakone, anestesian perustarkkailulaitteisto, leikkauslamppu, diatermia, imut, valokaappi röntgenkuvien tarkasteluun, atk-laitteisto, pikapuhelin sekä kello. Leikkaussalin valaistuksella on myös suuri merkitys onnistuneen leikkauksen sekä potilasturvallisuuden kannalta. (Lukkari ym. 2013: 73.)

Leikkaussalin käytettävä valaistus jaetaan yleisvalaistukseen, leikkausalueen valaistukseen, siirrettävään paikallisvalaistukseen, sekä varavalaitukseen. Valaistusvoimakkuudella kuvataan pinnalle heijastuvan valon määrää ja sitä kuvataan omalla yksiköllään, eli luksilla. Leikkaussalin pintojen väreillä on myös suuri merkitys. Vaaleat värit heijastavat valoa ja antavat tunteen riittävästä valaistuksesta. Valaistus järjestetään useimmiten kattoon upotetuin valopistein ja sen tulisi muistuttaa päivänvaloa. Leikkausalueen valaistukseen käytetään tavallisesti leikkauslamppua, jossa peili- ja kromiheijastimet taittavat valon tietylle alueelle. (Lukkari ym. 2013: 72.)

Leikkauksessa käytettävät steriilit instrumentit ovat yksiä tärkeimmistä potilaiden hoidossa käytettävistä välineistä. Instrumentit ovat useimmiten kerätty valmiin listan mukaisesti metallilankakoreihin tai erillisiin säilytyslokeroihin eli containereihin. Valmiiksi pakatut ja steriloidut instrumenttikorit nimetään instrumenttien sisällön mukaan ja niitä säilytetään steriilissä varastossa. Instrumentit valmistetaan karkaistusta, ruostumattomasta teräksestä. (Lukkari ym. 2013: 181–182.)

### 6.3.2 Aseptiikka

Täydellinen aseptiikan tunteminen on edellytys onnistuneelle leikkaussalitoiminnalle. Aseptisen toiminnan lähtökohtana leikkaussalissa on hoitajan henkilökohtainen hygienia, käsihygienia, työ- ja suojavaatetusten oikea käyttö sekä aseptisten työtapojen noudattaminen. Sairaanhoidajalla tulee olla riittävää tietämystä ja ymmärrystä aseptisesta toiminnasta, jotta näitä periaatteita voidaan noudattaa. Sairaanhoidaja ohjaa omilla valinnoillaan ja asenteillaan omaa aseptista toimintaansa. Myös työyhteisön jäsenten yhteinen päätös aseptisten toimintaperiaatteiden noudattamisesta ohjaa sairaanhoidajaa, sillä yhden laiminlyödessä periaatteita, valuu myös muiden työ hukkaan. (Lukkari ym 2013: 68, 87–88.)

Henkilökohtaisesta hygieniasta huolehdittaessa on tärkeää peseytyä säännöllisesti, pitää iho ja hiukset puhtaana, huolehtia nenä- ja suuhygieniasta, huolehtia parran ja ihokarvojen hoidosta, pitää iho ehjänä sekä huolehtia käsihygieniasta (Lukkari ym. 2013: 88). Henkilökohtaiseen hygieniaan kuuluu myös oikea yskimis- ja aivastustekniikka, mikä tarkoittaa, että yskitään ja aivastetaan hihaa kohden, kasvot pois päin infektiokerkältä alueelta. Niistämisen yhteydessä on myös huomioitava hyvä hygienia, ja onkin tärkeää, että niistämisen jälkeen pestään ja desinfioidaan kädet. Kaulakorut ja korvakorut ovat myös hyvä alusta mikrobeille. Etenkin pitkät riipukset ja pitkät hiukset saattavat joutua aseptisesti puhtaille alueille, joten pitkät hiukset tulee aina sitoa kiinni ja isoja koruja ei saa käyttää. Lävistyksiä ei myöskään suositella, sillä ne rikkovat terveen ihon ja voivat aiheuttaa infektioriskin hoitajalle. Lävistysten ei kuitenkaan ole todettu aiheuttavan riskiä potilaalle. (Anttila ym. 2010: 153–154.) Hajusteiden käyttö on myös kiellettyä, sillä ne voivat aiheuttaa yliherkkyysoireita esimerkiksi astmaa sairastaville potilaille (Lukkari ym. 2013: 89).

Korujen, kellojen sekä sormuksien käyttö on myös kielletty aseptisista syistä. Kynsien on oltava lyhyet, hoidetut sekä kynsilakattomat. Teko- ja geelikynnet ovat hyvä alusta mikrobeille, joten niitä ei tule käyttää potilaita hoidettaessa. Käsihygienia koostuu kahdesta pääosasta eli käsien pesusta sekä käsien desinfektioista. Leikkausosastoilla käytetään myös termejä ”kirurginen käsienpesu” sekä ”kirurginen käsien desinfektio”. Käsien saippuapesu on tarpeen silloin, kun halutaan puhdistaa kädet eritteistä ja näkyvästä liasta, WC-käynnin jälkeen sekä Norovirus- ja C. Difficile potilaiden hoidon jälkeen. Kädet pestään haalealla vedellä sekä saippualla 15–30 sekunnin ajan, huudellaan huolellisesti ja kuivataan kertakäyttöliinalla. Kädet voidaan pestä myös

pelkällä vedellä silloin, kun kädet ovat tahmeat käsihuuhteen käytöstä johtuen. (Anttila ym. 2010: 153, 165–166.)

Kirurginen käsienpesu tehdään aina työvuoroon tullessa. Kirurgisessa käsienpesussa kädet pestään kyynärvarren puoleen väliin saakka sekä kädet kuivataan vuoron perään kohoasennossa. Kirurgiseen käsienpesuun kuuluu myös kynsien alusten puhdistaminen. (Lukkari ym. 2013: 95–96.) Kirurgisessa käsidesinfektiossa käsiin ja käsivarsiin hierotaan desinfektioainetta kolmen minuutin ajan niin, että desinfektioainetta otetaan tarpeen mukaan lisää. Kirurgisen käsiendesinfektion tarkoituksena on poistaa väliaikainen mikrobisto sekä vähentää pysyvää mikrobistoa. Kirurginen käsien desinfiointi tehdään aina ennen kirurgisia toimenpiteitä sekä leikkausten välissä. (Anttila ym. 2010: 166.) Leikkausten välillä kädet pestään, jos ne ovat näkyvästi likaiset ja desinfioidaan vain yhden minuutin ajan, mikäli kyseessä on ollut alle tunnin leikkaus (Lukkari ym. 2013: 96). Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan jokaisella potilaalla on oikeus siihen, ettei häneen kosketa ilman desinfioituja käsiä (Hyvä käsihygienia 2015).

Työvaatetuksen kuuluu työpuku, sukat ja jalkineet. Ne puetaan työvuoroon tultaessa ja vaihdetaan vähintään päivittäin sekä tarvittaessa useammin. Jokaiselle kuuluu omien työvaatteiden puhtaudesta huolehtiminen. (Anttila ym. 2010: 155.) Leikkausosastoilla yleisimmin käytetään resorillisia housuja sekä lyhyt hihaisia tunikoita tai t-paitoja. Työkengät voidaan hankkia itse tai sairaala voi tarjota henkilökunnalle työkengät. (Lukkari ym. 2013: 90.)

Leikkaussalissa on tavallista että joudutaan käyttämään erilaisia suojavaatteita, joiden tarkoituksena on suojata työntekijää sekä potilasta infektiolta ja roiskeilta. Potilaan ja toimenpiteen mukaan valitaan mitkä suojaimeista ovat tarpeen. Monissa suojaimissa saattaa olla erilaisia vaihtoehtoja, mitä voidaan käyttää eri tilanteissa. Yleisimmin tarvittaviin suojavaatteisiin kuuluvat hiussuoja, suojatakki, steriili takki, suojakäsineet, suu-nenäsuojus, esiliina, kenkäsuojaimet ja silmäsuojaimet. (Lukkari ym. 2013: 90–92.) Suojavaatetuksella pyritään myös suojaamaan leikkausaluetta ja välineitä (Anttila ym. 2010: 224).

Aseptisella työjärjestyksellä tarkoitetaan toimintaa, jossa aloitetaan puhtaimmasta edeten likaisempaan. Aseptinen työjärjestys on tärkeä kaikessa potilastyössä. Mikäli aseptista työjärjestystä ei voida noudattaa, tulee kiinnittää erityistä huomiota hyvään

käsihygieniaan siirryttäessä likaisemmalta alueelta puhtaammalle. Esimerkiksi infektiopotilas tulee hoitaa aina viimeiseksi, jotta tartuntavaara on mahdollisimman pieni muita potilaita ajatellen. Kiireellisissä leikkauksissa ei kuitenkaan tarvitse noudattaa puhtausluokittelua leikkauksen luonteen vuoksi. Kaikissa leikkauksissa ja toimenpiteissä tulee olla myös erittäin huolellinen veritapaturmien välttämiseksi, sillä ei voida tietää, onko potilaalla mahdollisesti veren välityksellä tarttuva tauti. Eristyspotilaiden hoidossa tulee noudattaa eri eristykseen liittyviä varatoimia. Potilasta hoidettaessa aseptinen toiminta kuitenkin lähtee tavanomaisista varatoimista. Eristysleikkauksien määrittelystä vastaa sairaala. (Anttila ym. 2010: 224–226.)

Leikkaus- ja anestesiaosastojen puhtausvyöhykkeet (0–4) ovat ohjanneet aseptista käyt-täytymistä jo vuosikymmenien ajan. Uusimmissa suunnitteluohjeissa vyöhykejaosta on kuitenkin luovuttu, sillä on tutkittu, että koko leikkausosaston kaikkien alueiden tulee olla puhtaita ja puhtauden ylläpidon tulee tapahtua poikkeuksetta puhtausvyöhykkeestä riippumatta. Leikkaussalien ilmanvaihtojärjestelmillä on todettu olevan infektioita vähentävä vaikutus. Ilmanvaihtojärjestelmissä on kaksi pääsovellusta: sekoittava ilmanvaihto sekä syrjäyttävä ilmanvaihto. Sekoittava ilmanvaihto perustuu epäpuhtauksien laimennukseen leikkausalueella, jossa sisään puhallettava ilmavirta on pyörteinen. Syrjäyttävä ilmanvaihto taas perustuu epäpuhtauksien syrjäyttämiseen leikkausalueelta, jossa sisään puhallettava ilmavirta on mahdollisimman yhdenmukainen eli laminaarinen. Ilma vaihtuu leikkausalueella noin 400 kertaa tunnissa sekä koko huonetilassa vähintään 20 kertaa tunnissa. Tehokas ilmanvaihto on myös edellytys henkilökunnan työturvallisuudelle. (Lukkari ym. 2013: 68–69.)

### 6.3.3 Turvallisuus

Leikkaussalihoitotyössä käytetään paljon laitteita, mikä vaatii sairaanhoitajalta erityistä teknologiaosaamista. Näitä laitteita ovat erilaiset potilasvalvontalaitteet, anestesiakone, imulaitteet ja diatermia. Potilasvalvontalaitteita on useita erimallisia ja eri käyttötarkoituksiin soveltuvia. Perusmonitorissa on käytössä sydämen, verenkierron, happisaturaation sekä lämpötilan mittaukset. Neurostimulaattorilla eli lihasrelaksaation tarkkailulaitteella voidaan mitata potilaan hermolihaskohtumista. Tällöin potilaalle annetaan voimakas sähköärsytys hermoon, mikä mittaa ärsytyksen aiheuttamaa hermolihaskohtumisen vastetta. (Lukkari ym. 2013: 165,167.)



Anestesiakoneeseen kuuluvat kaasunjakelu- ja kaasunsäätöjärjestelmä, hengitys- ja ventilaatiojärjestelmä sekä kaasunpoistojärjestelmä. Anestesiakoneella annostellaan potilaaseen hengitys- ja nukutuskaasuja. Anestesiakoneeseen liitetään myös tarkkailumonitorit, mistä seurataan anestesian aikana potilaan vitaalielintoimintoja ja hengitystoimintaan liittyviä arvoja, kuten tuorekaasuvirtausta sekä sisään- ja uloshengityksen kertavolyymia. Mikäli anestesiatyöasemassa ilmenee häiriö esimerkiksi sähkökatkoksen vuoksi, potilasta voidaan ventiloida myös käsin ja antaa happea hätänapinpainikkeella. Leikkaussalissa on eriliset toimintaohjeet häiriötilanteiden varalle. (Lukkari ym. 2013: 158–159,162-163.)

Imulaite on välttämätön väline anestesiassa sekä potilaan intubaation yhteydessä. Imulaitetta käytetään muun muassa hengitysteiden puhdistamiseen limasta sekä mahalaukun tyhjentämiseen eritteistä. Imulaitteen on oltava aina käyttökunnossa ja tarkistettuna. Leikkauksessa käytetään myös leikkausimua, jolla saadaan tehokkaasti imettyä esimerkiksi eritteitä pois leikkausalueelta, jotta kirurgilla säilyisi hyvä näkyvyys koko leikkauksen ajan. (Lukkari ym. 2013: 163, 205.)

Kirurgista diatermialaitetta käytetään esimerkiksi verisuonien hyydyttämiseen sekä kudosten leikkaamiseen. Se on suuri taajuinen sähkölähde, mikä leikkaa kudoksia sähköön energiavaikutuksen avulla. Diatermia muodostaa elektrodeineen ja kaapeleineen potilaan kautta kulkevan virtapiirin. Laitteessa on kaksi erilaista toimintamuotoa, monopolaarinen ja bipolaarinen. Monopolaarisessa toimintamuodossa virta syötetään kudokseen elektrodin kautta, kun taas bipolaarisessa virta syötetään polttoatulan haarojen välityksellä kudokseen. Monopolaarisessa toimintamuodossa on oltava erityisen huolellinen, koska, koska virta leviää laajalle kudosalueeseen, mikä voi aiheuttaa palovammoja kudoksissa. (Lukkari ym. 2013: 202–203.)

Sairaalassa työskennellessä on tärkeää osata varautua erilaisiin hätä- ja poikkeustilanteisiin. Launistola ym. (2014) luokittelee hätätilanteet potilaaseen liittyviin hätätilanteisiin, riskien ennakointiin sekä katastrofitilanteisiin. Potilaaseen liittyviin hätätilanteisiin kuuluvat anestesiologiset hätätilanteet, komplikaatiot, elottomuus, elvytys sekä kuolema. Katastrofitilanteisiin kuuluvat tulipalot, kaasunjakeluongelmat, väkivaltatilanteet, pommiuhka, suuronnettomuudet, tapaturmat sekä sähkökatkokset. Riskien ennakointia varten osastoilla on omat katastrofikansiot sekä osastojen omat hälytyskäytännöt. HUS:in Yleisperehdytys opiskelijoille (2015) mukaan opiskelijoiden

tulee selvittää harjoittelun ensimmäisten päivien aikana osaston käytännöt eri poikkeustilanteissa, kuten toiminta tulipalo-, uhka-, väkivalta- tai elvytystilanteissa.

Työturvallisuus on yksi hyvän työympäristön kulmakivistä. Erityisesti perioperatiivisessa hoitotyössä hoitohenkilökunnan on mahdollista altistua erilaisille terveysriskeille, kuten veri- ja eritetahroille, pistotapaturmille, säteilylle sekä kemikaaleille. HUS:in opiskelijoille suuntaaman yleisperehdytyksen mukaan veri- ja eritealtistumisella tarkoitetaan tapaturmaa, missä kehon eritettä on roiskunut silmien sidekalvoille, limakalvoille tai rikkoutuneelle iholle. Veri- ja eritealtistumisen aiheuttavat myös pistotapaturmat, joissa käytetty neula tai muu työväline on lävistänyt ihon. Akuuttien tapaturmien sattuessa ohjatussa harjoittelussa olevilla opiskelijoilla on oikeus yhtä hyvään akuuttihoitoon, kuin HUS:issa työsuhteessa olevilla henkilöillä. Mahdollinen jatkohoito on kuitenkin opiskelijan oman oppilaitoksen vastuulla. Opiskelijan omalla vastuulla on asianmukaisista rokotuksista huolehtiminen oppilaitoksen tai harjoittelupaikan ohjeiden mukaisesti. (HUS - Yleisperehdytys opiskelijalle. 2015.) Säteily- ja kemikaaliturvallisuuteen liittyen on myös osastokohtaiset ohjeet ja käytännöt, mistä opiskelijan tulee olla tietoinen.

#### 6.4 Sairaanhoitajan työnkuva

Valvovan sairaanhoitajan työtehtäviin kuuluu joustavan toiminnan varmistaminen leikkaussalissa. Valvova sairaanhoitaja on usein leikkaussalin kokenein sairaanhoitaja, jolloin työkokemus sekä tietotaito leikkaussalitoiminnasta korostuvat erityisesti vaikeiden ja haastavien leikkauksen kohdalla. Valvova sairaanhoitaja vastaa myös yhdessä instrumentoivan sairaanhoitajan kanssa turvallisen hoitoympäristön luomisesta, kuten oikean leikkausasennon sekä aseptiikan ylläpidosta. Valvova sairaanhoitajan vastaa lisäksi kirjaamisesta sekä tiedottamisesta yhdessä anestesia-sairaanhoitajan kanssa. Valvova sairaanhoitaja huolehtii leikkauksessa otetuille näytteille oikeat säilytysastiat, avustaa niiden pakkaamisessa sekä huolehtii niiden eteenpäin lähettämisestä. (Lukkari ym. 2013: 350.)

Anestesia-sairaanhoitajan työnkuvaan kuuluvat anestesian valmistelu, anestesian aloitus ja lopetus yhdessä anestesia-lääkärin kanssa sekä anestesian tarkkailu ja ylläpito anestesia-lääkärin ohjeiden mukaan. Anestesian valmisteluun kuuluu lääkkeiden varaaminen, anestesia-välineistön sekä tarvittaessa intubaatiopöydän tarkistaminen sekä valmistelu. Lääkkeiden varaaminen käsittää kaikkia leikkauksessa

tarvittavia lääkkeitä. Lääkkeiden varaamisessa ja käsittelyssä täytyy noudattaa huolellisuutta sekä aseptista toimintatapaa. Anestesiavälineistön tarkistaminen ja valmistelu käsittää kaikki anestesiassa käytettävät koneet sekä laitteet. Mahdollisen intubaation yhteydessä anestesiahoitaja avustaa anestesiahoitajaa intuboinnissa sekä ventiloit potilasta intubaation yhteydessä. Anestesian tarkkailuun ja aloitukseen kuuluvat potilaan vitaalielintoimintojen mittaaminen sekä tarkkailulaitteiden kiinnittäminen potilaaseen, joiden avulla seurataan potilaan vitaalielintoimintoja anestesian aikana. Potilaan vitaalielintoimintojen tarkkailuun kuuluu verenkierron, hengityksen, nestetasapainon sekä mahdollisten veriarvojen tarkkailu. Näiden kaikkien toimintojen avulla voidaan seurata anestesia-aineiden vaikutusta. Anestesiahoitajan tulee tunnistaa vitaalielintoimintojen viitearvot ja niissä tapahtuvat muutokset sekä konsultoida tarpeen tullen anestesiahoitajaa. Potilaan kliininen tarkkailu on myös olennaista esimerkiksi puudutteen riittävää vaikutusta arvioitaessa. Anestesian lopetus ja ekstubointi, eli intubaatioputken poisto toteutetaan yhteistyössä anestesiahoitajan kanssa. Anestesiahoitajan työnkuvaan kuuluu olennaisena osana myös lääkehoidosta ja nestetasapainosta huolehtiminen, verinäytteiden ottaminen, verensiirtojen toteuttaminen, perifeerinen laskimokanylointi sekä anestesiahoitajan avustaminen muissa toimenpiteissä. (Lukkari ym. 2013: 136, 150, 159.)

Instrumentoivan sairaanhoitajan työtehtäviin kuuluu steriliteetistä ja aseptiikasta huolehtiminen, kirurgin avustaminen, instrumenteista huolehtiminen, leikkausalueen näkyvyyden ylläpitäminen, tiedottaminen sekä välinehuolto. Instrumentoiva sairaanhoitaja ylläpitää ja huolehtii koko leikkauksen ajan leikkausalueen, instrumenttien ja leikkausryhmän steriliteetistä. Instrumentoiva sairaanhoitajan työtehtäviin kuuluu instrumenttien sekä muiden tarvittavien välineiden ojentaminen kirurgille leikkauksen aikana. On tärkeää avustaa kirurgia siten, että leikkauksen eteneminen on sujuvaa. Leikkausalueen näkyvyyden ylläpitäminen sekä sen siisteydestä huolehtiminen kuuluu myös instrumentoivan sairaanhoitajan työnkuvaan. Instrumentoiva sairaanhoitaja kerää leikkauksen päätyttyä kaikki instrumentit ja välineet instrumenttipöydälle sekä huolehtii ne asianmukaisesti välinehuoltoon. Instrumentoiva sairaanhoitaja tiedottaa yhdessä valvovan sairaanhoitajan kanssa koko leikkausryhmälle leikkauksessa tapahtuneista muutoksista tai siihen vaikuttavista asioista. Nämä tapahtumat kirjataan ylös erilliselle lomakkeelle. (Lukkari ym. 2013: 336, 339–340, 396.)

Heräämöhoidajan työnkuvaan kuuluu potilaan kokonaisvaltainen tarkkailu heräämössä leikkauksen jälkeen. Siihen sisältyy potilaan vitaalielintoimintojen, kuten hengityksen sekä verenkierron tarkkaileminen. Vitaalielintoimintoja seurataan 15 minuutin välein, sekä tarvittaessa useammin, mikäli potilaan yleistila on heikko. Erityisesti hengityksen tarkkaileminen kaikilta potilailta on ensiarvoisen tärkeää, sillä potilaat ovat usein sedatoituja tai vahvasti kipulääkittyjä. Heräämöhoidaja toteaa yhteistyössä anestesia- ja leikkauksen kanssa potilaan vitaalielintoimintojen mittausravot sekä varmistaa potilaan fyysisen ja psyykkisen kokonaistilanteen. Heräämöhoidaja seuraa potilaan tajunnan tasoa, kipua, pahoinvointia, leikkauksialuetta, lihasvoiman palautumista sekä lämpö- ja nestetasapainoa. (Lukkari ym. 2013: 366–371.)

Sairaanhoitajat työskentelevät leikkaussalissa moniammatillisessa tiimissä. Valvova sairaanhoitaja on mukana laittamassa leikkauksiasentoa yhdessä anestesia- ja leikkauksen kanssa, hän avustaa laitteiden, kuten diatermian ja imun kiinnityksessä ja käyttökuntoon saattamisessa. Lisäksi valvova sairaanhoitaja avustaa anestesia- ja instrumenttoivaa sairaanhoitaja tarpeen vaatiessa muissa työtehtävissä. Instrumenttoiva sairaanhoitaja purkaa steriilin leikkauksialueen ja suorittaa instrumenttien, neulojen, ommelaineiden ja muiden välineiden tarkistuslaskennan valvovan sairaanhoitajan kanssa. Instrumenttoiva sairaanhoitaja valmistaa steriilin pöydän ja kokoaa leikkauksessa käytettävät instrumentit ja peittelymateriaalit yhdessä valvovan sairaanhoitajan kanssa. Potilaan siirtäminen mahdolliseen valvontayksikköön leikkauksen jälkeen kuuluvat valvovalle ja anestesia- ja leikkauksen hoitajalle. (Lukkari ym. 2013: 350, 354, 356).

## 7 Eettisyys ja luotettavuus

Eettisyys ja luotettavuus ovat kaiken tieteellisen toiminnan lähtökohtia. Tutkimusetiikka luokitellaan normatiiviseksi etiikaksi, mikä määrittää ne säännöt, joita tutkimusta tehdessä tulee noudattaa. Pohdintaperustana voidaan hyödyntää kahdeksaa erilaista eettistä vaatimusta: älyllisen kiinnostuksen vaatimus, tunnollisuuden vaatimus, rehellisyyden vaatimus, vaaran eliminointi, ihmisarvon kunnioittaminen, sosiaalisen vastuun vaatimus, ammatinharjoituksen edistäminen sekä kollegiaalinen arvostus. Tutkimus-etiikka jaetaan tieteen sisäiseen ja sen ulkopuoliseen alueeseen. Tieteen sisäisellä etiikalla tarkoitetaan kyseessä olevan tieteenalan luotettavuutta ja todellisuutta. Tieteen ulkopuolinen tutkimusetiikka taas käsittelee sitä, miten

ulkopuoliset tekijät vaikuttavat esimerkiksi tutkimusaiheen valintaan. Tärkeimpiä asioita ovat myös potilaan itsemääräämisoikeus ja tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2004: 172–177.) Tämä opinnäytetyö toteutettiin eettisten periaatteiden mukaisesti, ja jokaisessa vaiheessa pyrittiin tutkimuseettisesti luotettavan tutkimustiedon esittämiseen. Kiinnitimme erityistä huomiota kollegiaalisuuteen aikaisempien opinnäytetöiden tekijöitä kohtaan.

Hyvän tutkimuksen ominaispiirteitä ovat sisäinen johdonmukaisuus, eettinen kestävyys sekä luotettavien lähteiden käyttö. Tutkimustuloksiin saattaa olennaisesti vaikuttaa se, kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan, ja miksi tutkimus tehdään. On siis tärkeää muotoilla tutkimusasetelma mahdollisimman tarkasti ja johdonmukaisesti. (Tuomi – Sarajärvi 2013: 127, 129–130.) Tämän tutkimuksen aihe sekä aineisto valikoituivat ennakkoon, mikä aiheutti eettisesti muutamia ongelmia. Etukäteen esimerkiksi tiedettiin, millaisia tutkimustulosten tulisi olla, ja mitä perehdytysmateriaalin tulisi sisältää. Opinnäytetyö tehtiin myös muiden asianomaisten pyynnöstä, jolloin aiheeseen ei voitu suuremmin vaikuttaa. Oli siis hyvin tärkeää, etteivät omat kokemukset tai mielipiteet näkyneet tutkimuksen tuloksissa.

Tutkimustiedon kriittinen arviointi liittyy oleellisesti tutkimustyöhön. Kriittisellä arvioinnilla voidaan parantaa tiedon arviointia sekä hyödyntää aikaisempia tutkimustuloksia perehdytysmateriaalia varten. Aikaisempaa tutkimustietoa on syytä arvioida huolellisesti ja kiinnittää huomiota erityisesti siihen, mihin tarkoitukseen aikaisempaa tutkittua tietoa hyödynnetään, ja minkä tasoisesta tutkimuksesta on kyse. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2004: 167.) Tämän opinnäytetyön tietoperusta pyrittiin hankkimaan monipuolisista ja luotettavista lähteistä. Tieto pyrittiin esittämään puolueettomasti ja aineistoa pyrittiin analysoimaan läpinäkyvästi ja luotettavasti. Ennakkoon määrätty materiaali mahdollisesti heikensi työn luotettavuutta, sillä tutkimusaineiston luotettavuudesta ei voitu täysin varmistua. Tietoa jouduttiin siis kyseenalaistamaan, sekä etsimään lisätietoa tietyistä aihepiireistä, jotta voitiin varmistua tiedon oikeellisuudesta.

## 8 Pohdinta

Tuloksissa kuvataan niitä tietoja ja taitoja, joita sairaanhoitajaopiskelijan tulisi hallita perioperatiivisen hoitotyön ohjatussa harjoittelussa. Eli toisin sanoen, millainen on hyvä

perehdytysmateriaali, ja mitä sen tulisi sisältää. Opinnäytetyön tuloksia tulkittaessa jouduttiin olennaisesti pohtimaan aikaisempien opinnäytetöiden luotettavuutta. Luotettavuuteen vaikutti esimerkiksi haastateltavien lukumäärä, mikä koettiin melko suppeaksi. Koettiin myös, että Launistola ym. (2014) opinnäytetyön luokittelu ei vastannut täysin odotuksia. Aluksi kyseistä luokittelua oli tarkoitus käyttää hyväksi omia tuloksia rakentaessa, mutta sitä jouduttiin kuitenkin muuttamaan hieman loogisemmaksi siirtämällä alaluokkia eri yläluokkiin, sekä yhdistämällä alaluokkia suuremmiksi kokonaisuuksiksi. Tuloksia analysoidessa jouduttiin myös rajaamaan tietoa yleispätevämmäksi, jotta perehdytysmateriaali sopisi mahdollisimman monelle eri leikkausosastolle. Opinnäytetyössä hyödynnettiin myös Koivuniemen (2014) sekä Käsälän ja Mantilan (2014) opinnäytetöiden tuloksia, jotta perehdytysmateriaalin sisällöstä saataisiin mahdollisimman luotettava. Näin perehdytysmateriaali saatiin vastaamaan mahdollisimman laajasti kaikkien osapuolien tarpeita.

Koivuniemen (2014) sekä Käsälän ja Mantilan (2014) opinnäytetöiden tuloksista ilmeni tarve seurantalomakkeelle, minkä avulla opiskelijat sekä heidän ohjaajansa voisivat seurata ohjatun harjoittelun edistymistä. Sairaanhoitajaopiskelijat toivoivat myös konkreettisia ”check-listoja” sekä instrumenttiopasta oppimisen tueksi. Opiskelijavastaavasairaanhoitajat kuitenkin kertoivat, että osastoilla on käytössä erilaisia lomakkeita ja lähtötasotestejä opiskelijan oppimisen seurantaan ja arviointia varten. Lomakkeita tulisi kuitenkin käyttää aktiivisemmin opiskelijaohjauksessa, jotta niistä saataisiin maksimaalinen hyöty. Erilaisten listojen tekoa ei voida kuitenkaan toteuttaa tässä yhteydessä osastojen erilaisten luonteiden vuoksi.

Jatkossa opiskelijoiden perehdytystä on mahdollista kehittää suunnittelemalla ohjaaville sairaanhoitajille perehdytysohjeet, mitkä olisivat yhtenäiset opiskelijoiden perehdytysmateriaalin kanssa. Perehdytysohjeissa tulisi huomioida jokaisen yksikön erityispiirteet sekä opiskelijoiden yksilöllinen lähtötaso. Olisi suotavaa, että opiskelijoilla olisi jokaisen ohjatun harjoittelun päätyttyä kokemus hyvästä ja tasapuolisesta ohjauksesta.

## Lähteet

Ahonen, Outi – Blek-Vehkaluoto, Mari – Ekola, Sirkka – Partamies, Sanna – Sulosaari, Virpi – Uski-Tallqvist, Tuija 2012. Kliininen hoitotyö. Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Alahuhta, Seppo – Lindgren, Leena – Olkkola, Klaus – Ruokonen, Esko – Rosenberg, Per 2014. Anestesiologia ja tehohoito. Keuruu: Duodecim.

Anestesiahoitotyö käsikirja 2013. Terveysportti. Duodecim. Verkkodokumentti. <<http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti>>. Luettu 10.10.2015.

Anttila, Veli-Jukka – Hellstén, Soile – Rantala, Arto – Routamaa, Marianne – Syrjälä, Hannu – Vuento, Risto (toim.) 2010. Hoitoon liittyvien infektioidin torjunta. Helsinki. Suomen kuntaliitto.

Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi ammattipätevyyden tunnustamisesta 2005/36/EY. Annettu 7.9.2005.

Fernandez, Ritin – Salamonson, Yenna – Griffiths, Rhonda 2012. Emotional intelligence as a predictor of academic performance in firstyear accelerated graduate entry nursing students. Journal of Clinical Nursing. 21. Verkkodokumentti. <[http://www.readcube.com/articles/10.1111%2Fj.1365-2702.2012.04199.x?r3\\_referer=wol&tracking\\_action=preview\\_click&show\\_checkout=1&purchase\\_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase\\_site\\_license=LICENSE\\_EXPIRED](http://www.readcube.com/articles/10.1111%2Fj.1365-2702.2012.04199.x?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license=LICENSE_EXPIRED)>. Luettu 5.4.2015.

Grönfors, Terttu 2010. Työssä oppiminen: Avain tuottavuuteen. Helsinki: Kauppakamari.

Heinonen, Niina 2004. Terveysalan koulutuksen työssäoppiminen ja ohjattu harjoittelu. Suositus sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköille. Helsinki: Sosiaali-ja terveysministeriö.

Hoitotyön koulutusohjelma 2013. Metropolia. Verkkodokumentti. <<http://opinto-opasops.metropolia.fi/index.php/fi/16183/fi/111>>. Luettu 14.10.2015.

HUS - Yleisperehdytys opiskelijalle 2015. Verkkodokumentti.  
<<http://www.hus.fi/tyopaikat/opiskelijat-ja-harjoittelu/harjoittelu-ja-tyossaoppiminen/Documents/HUS%20yleisperehdytys%20opiskelijalle%202015.pdf>>  
Luettu 12.11.2015.

Hyvä käsihygienia 2015. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti.  
<<https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/tutkimus-ja-kehittaminen/tyokalut/vaaratapahtuman-tunnistaminen/hyva-kasihygienia>>. Luettu 30.10.2015.

Kankkunen,Päivi – Vehviläinen-Julkunen,Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Koivuniemi, Christa 2014. Sairaanhoidajaopiskelijoiden kokemuksia operatiivisen tulosyksikön perehdytyksen sisällöstä. Helsinki: Metropolia Ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Hoitotyön koulutusohjelma.

Kupias, Päivi – Peltola, Raija 2009. Perehdyttämisen pelikentällä. Helsinki: Palmenia.

Känsälä, Henna – Mantila, Marja 2014. Opiskelijavastaavasairaanhoitajien näkemyksiä perehdytyksen sisällöstä perioperatiivisessa hoitotyössä. Opinnäytetyö. Helsinki: Metro-polian Ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Hoitotyön koulutusohjelma.

Lahti, Tuula 2007. Sairaanhoidajien työhön perehdyttäminen. Pro gradu -tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Launistola, Henna – Malaska, Joni – Peiponen, Henriikka 2014. Sairaanhoidajaopiskelijan perehdyttäminen perioperatiivisen hoitotyön harjoitteluun- Perehdytysmateriaalien sisältöjen analysointi. Opinnäytetyö. Helsinki: Metropolia Ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Hoitotyön koulutusohjelma.



Leino-Kilpi, Helena – Välimäki, Maritta 2014. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Lukkari, Liisa – Kinnunen, Timo – Korte, Ritva 2010. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Perehdyttäminen ja työhönopastus. Työturvallisuuskeskus. Helsinki: Työturvallisuuskeskus. Verkkodokumentti.  
<[http://www.tyoturva.fi/tyosuojelu/perehdyttaminen\\_ja\\_tyonopastus](http://www.tyoturva.fi/tyosuojelu/perehdyttaminen_ja_tyonopastus)>. Luettu 27.4.2015.

Perehdytä hyvin. 2011. Johtaminen ja esimiestyö. Sosiaali- ja terveysala. Työterveyslaitos. Verkkodokumentti.  
<<http://www.ttl.fi/fi/toimialat/soter/vanhustyo/osaaminen/perhehdytys/sivut/default.aspx>>. Luettu 29.9.2015.

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. 2014. Sairaanhoitajaliitto. Verkkodokumentti.  
<<https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>>. Luettu 5.10.2015.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus huumausainelaista 373/2008. Annettu Helsingissä 1.9.2008.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkelaista 395/1987. Annettu Helsingissä 1.1.1988.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Annettu Helsingissä 1.3.1993.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2015. Potilaan oikeudet. Verkkodokumentti.  
<[http://www.stm.fi/sosiaali\\_ja\\_terveyspalvelut/asiakkaanoikeudet/terveydenhuolto](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/asiakkaanoikeudet/terveydenhuolto)>  
Luettu 5.10.2015.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. Annettu Helsingissä 28.6.1994.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Turvallinen lääkehoito 2006. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Työturvallisuuskeskus a. Fyysinen työkuormitus. Verkkodokumentti.  
<[http://www.ttk.fi/tyosuojelu/fyysinen\\_tyokuormitus](http://www.ttk.fi/tyosuojelu/fyysinen_tyokuormitus)> Luettu 12.10.2015.

Työturvallisuuskeskus b. Psykososiaalinen työkuormitus. Verkkodokumentti.  
<[http://www.ttk.fi/tyosuojelu/psykososiaalinen\\_tyokuormitus](http://www.ttk.fi/tyosuojelu/psykososiaalinen_tyokuormitus)> Luettu 12.10.2015.

Työturvallisuuskeskus c. Työhyvinvointi asiantuntija- ja toimistotyössä. Verkkodokumentti. <[http://www.tyoturva.fi/asiantuntija-\\_ja\\_toimistotyoyhteiso](http://www.tyoturva.fi/asiantuntija-_ja_toimistotyoyhteiso)> Luettu 12.10.2015.

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) 2001. Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteisen tavoitteet ja periaatteet. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Verkkodokumentti.  
<[http://www.etene.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=17185&name=DLFE-543.pdf](http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17185&name=DLFE-543.pdf)> Luettu 5.10.2015.

Vesterinen, Marja-Liisa 2002. Ammatillinen harjoittelu osana asiantuntijuuden kehittymistä ammattikorkeakoulussa. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.